Health Canada Santé Canada

Canada Health Act Annual Report

Canada

Our mission is to help the people of Canada
maintain and improve their health.

Health Canada

Information on the *Canada Health Act* and related material can be found on the Internet at *http://www.hc-sc.gc.ca/medicare*

This publication can be made available in electronic format or large print upon request.

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Public Works and Government Services Canada.

Cat. H1-4/1999

ISBN 0-662-64541-3

100-03981/

Her Excellency, the Right Honourable Adrienne Clarkson, Governor General and Commander-in-Chief of Canada

May it please Your Excellency:

The undersigned has the honour to present to Your Excellency the Annual Report on the administration and operation of the *Canada Health Act* for the fiscal year ended March 31, 1999.

Allan Rock
Minister of Health

Preface

The ability of our health care system to deliver high quality care in a timely manner is still foremost in the minds of many Canadians.

Our most cherished social program has been under accelerated change and considerable strain in recent years. All governments have had to make difficult spending decisions because of fiscal situations and, unfortunately, health budgets could not be spared. With improvements in our fiscal outlook, it was clear that the focus must be on future directions in the health care system, with an emphasis on specific priority areas. Future directions adopted by federal/provincial/territorial Ministers of Health in September 1998 included maintaining a financially sustainable, publicly funded health care system, and supporting high quality integrated acute, continuing and community-based health services. The priority areas that governments will address are health human resource planning, home care/continuing care, pharmaceutical issues, aboriginal health, funding, population health priorities such as children and public health protection, and infrastructure.

In January 1999, all provincial premiers and territorial leaders wrote to the Prime Minister reaffirming their commitment to the *Canada Health Act* and its principles—universality, comprehensiveness, accessibility, portability and public administration. They also reiterated the need for restoration of federal funding through the Canada Health and Social Transfer (CHST), and confirmed that additional funds made available would be fully committed to core health services and programs according to priorities within the individual provinces and territories.

The federal government, in turn, demonstrated its own commitment to the future of the health care system. Through the February 1999 Budget, the federal government committed $11.5 billion over five years in transfer payments to the provinces and territories under the CHST. This represents the largest single investment this government has ever made for health, and will be used by the provinces and territories to address the immediate concerns of Canadians, such as health care waiting lists, crowded emergency rooms and the availability of diagnostic services. In addition to the increased transfers under the CHST, the Budget included an additional $1.4 billion to be invested in the health of Canadians through improving health information; promoting health research; supporting initiatives for better health, such as prenatal nutrition and food safety programs, and collaborating in the development of innovative approaches in rural and community health; and improving and strengthening First Nations and Inuit health services.

The signing of the Social Union Framework Agreement on February 4, 1999, by the federal and provincial/territorial governments, Quebec excepted, provides a collaborative framework for social policy development in Canada. This Agreement, together with the commitments in January to the Prime Minister from the provincial premiers and territorial leaders in relation to the *Canada Health Act* and additional federal transfers under the CHST, and the health ministers' September 1998 work plan, gives assurances to Canadians that governments are dedicated to working together to ensure that their health and social needs are met.

Further to information reported in last year's preface, Manitoba has now taken legislative action which has led to an end to deductions to the province under section 19(1) of the *Canada Health Act*. I remain hopeful that Nova Scotia will resolve its outstanding compliance issue concerning the private clinics policy. Until a solution is implemented, deductions from the federal transfer payments to Nova Scotia will continue.

In chapter 29, Federal Support of Health Care Delivery, of his fall 1999 report, the Auditor General of Canada recommended that the *Canada Health Act* Annual Report more clearly indicate the extent to which the provincial and territorial health insurance plans have satisfied the five criteria of the Act. To this end, we will work with our provincial and territorial partners to gather and report on more specific information related to matters of compliance with the Act, beginning with the 1999-2000 *Canada Health Act* Annual Report.

Allan Rock
Minister of Health

Table of Contents

Page

Introduction 1

***Canada Health Act* Overview**

Criteria 3
Conditions 4
Other 4
Regulations 4

Federal Contributions and Payments

Federal-Provincial-Territorial Health Financing Arrangements 7
Table—Summary of Deductions Pursuant to the *Canada Health Act* 9
Extra-Billing and User Charges Provisions 10
Canada Health Act Administration 10
Coordinating Committee on Reciprocal Billing 11
Health Insurance Supplementary Fund 11
Information 11

Provincial and Territorial Health Care Insurance Plans

Newfoundland 15
Prince Edward Island 21
Nova Scotia 25
New Brunswick 29
Quebec 35
Ontario 41
Manitoba 47
Saskatchewan 51
Alberta 57
British Columbia 63
Yukon 69
Northwest Territories 73

Introduction

The *Canada Health Act (CHA)*, passed by Parliament in 1984, is the cornerstone of the Canadian health system, affirming the federal government's commitment to a universal, accessible, comprehensive, portable and publicly administered health insurance system. The CHA aims to ensure that all residents of Canada have access to necessary health care on a prepaid basis. The provinces and territories are given criteria and conditions that they must satisfy in order to qualify for their full share of federal transfers.

The purpose of this report is to meet the requirements stated in section 23 of the *Canada Health Act*, namely that

> *"The Minister shall, as soon as possible after the termination of each fiscal year and in any event not later than December 31 of the next fiscal year, make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including all relevant information on the extent to which provincial health care insurance plans have satisfied the criteria, and the extent to which the provinces have satisfied the conditions, for payment under this Act, and shall cause the report to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the report is completed."*

Provinces* are required to provide information as the Minister may deem necessary for the purposes of the Act on the operation of their health care plans as they relate to these criteria and conditions.

Much of this report contains provincial descriptions of each health insurance plan as it relates to the criteria and conditions. In order to further fulfill the conditions of the Act, extended health care services activities are described at the end of each provincial section.

The report also describes the key provisions of the Act, the federal administration of the Act, the consultation process, and the federal-provincial financing arrangements.

Detailed quantitative information is available through the Policy and Consultation Branch of Health Canada and from Statistics Canada.

* Any reference to provinces includes the territories, unless otherwise specified.

Canada Health Act Overview

The *Canada Health Act* received Royal Assent on April 17, 1984, with the unanimous support of the House of Commons and the Senate. The Act, which came into force on April 1, 1984, repealed the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* and the *Medical Care Act*.

The purpose of the *Canada Health Act* is to:

> *"establish criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law that must be met before a full cash contribution may be made."*

The criteria, conditions and provisions relating to **extra-billing** and **user charges** are set out in sections 7 through 12 and sections 13, 18 and 19 of the Act. The criteria and extra-billing and user charge provisions apply to insured health services only, and do not pertain to extended health care services (EHCS). Only the conditions, as set out in section 13, relate to both insured health services and EHCS. The insured health services defined by the *Canada Health Act* include all medically necessary hospital services and medically required physician services, as well as medically or dentally required surgical-dental services requiring a hospital for their proper performance.

Extended health care services, as specified in the *Canada Health Act*, means nursing home intermediate care, adult residential care, home care and ambulatory health care. The services are part of a broad range of health and social services offered by a variety of community and institutional programs and facilities to residents of a province. The majority of residents using these services are aged 65 and over.

The criteria and conditions that each provincial health insurance plan must meet in order to receive full federal cash contributions under the Canada Health and Social Transfer (CHST) in each fiscal year are:

Criteria

1. Public Administration

Pursuant to section 8, the health care insurance plan must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority, responsible to the provincial government and subject to audit of its accounts and financial transactions.

2. Comprehensiveness

Pursuant to section 9, the plan must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners or dentists, and, where permitted, services rendered by other health care practitioners.

3. Universality

Section 10 requires that 100 percent of the insured persons of a province be entitled to the insured health services provided for by the plan on uniform terms and conditions.

4. Portability

In accordance with section 11, residents moving to another province must continue to be covered for insured health services by the home province during any minimum waiting period imposed by the new province of residence, not to exceed three months. For insured persons, insured health services must be made available while they are temporarily absent from their own provinces on the bases that:

a) insured services received outside a province, but still in Canada, are to be paid for by the home province at host province rates unless another arrangement exists between the provinces; and

b) out-of-country services are to be paid, as a minimum, on the basis of the amount that would have been paid by the home province for similar services rendered in that province.

The criterion respecting portability is not contravened by a requirement of a provincial health care insurance plan that the prior consent of the public authority that administers and operates the plan must be obtained for elective insured health services provided to a resident, while temporarily absent from the province, if the services are available on a substantially similar basis in that province.

5. Accessibility

By virtue of section 12, the health care insurance plan of a province must provide for:

a) insured health services on uniform terms and conditions and reasonable access by insured persons to insured health services unprecluded or unimpeded, either directly or indirectly, by charges or other means;

b) reasonable compensation to physicians and dentists for all insured health services rendered; and

c) payments to hospitals in respect of the cost of insured health services.

Conditions

In addition to the aforementioned criteria, the conditions that provincial governments must meet to be eligible for the full cash portion of the federal contribution and payment of insured health services and extended health care services are:

1. the provision of information that the Minister of Health may require for the purposes of this Act, at the times and in the manner prescribed by the regulations; and

2. the appropriate recognition of the Canada Health and Social Transfer relating to insured health services and extended health care services in the province.

Other

The *Canada Health Act* also prescribes a consultation process in the case of compliance concerning the criteria or the information and visibility conditions. In the event that the federal minister is of the opinion that a provincial plan does not satisfy any of the criteria, or the information and visibility conditions, reductions to federal contributions may be made. Prior to referring the matter to the Governor in Council, the Minister must notify the province, seek clarification from the province, report on the findings, and, if requested by the provincial health minister, meet to discuss the matter. Only upon satisfaction of the Governor in Council that the province has ceased to satisfy any one of the criteria or conditions may an order be issued to reduce or withhold cash contributions.

Regulations

The Act provides for the making of regulations for its administration, including regulations on:

A. Extended Health Care Services

The extended health care services regulations would provide for the definition in greater detail of those services listed in the Act as "extended health care services." The Act requires the agreement of each province prior to any regulations being made, unless the regulations are substantially the same as those

made under the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*, as it read immediately before April 1, 1984.

B. Hospital Services Exclusions

Hospital Services are defined in the Act (section 2) to be all medically necessary in- and out-patient services provided at a hospital, except those specifically excluded by regulations. Under the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act*, agreements between Canada and the provinces provided for certain "exclusions" to coverage. The purpose of the Hospital Services Exclusions Regulations under the *Canada Health Act* would be to embody established precedents and list services that may be delivered in a hospital setting, but that would not be considered insured hospital services.

Under the *Canada Health Act*, agreement is required by all provinces in order to make regulations in respect of these exclusions. To date, no regulations for "Extended Health Care Services" or "Hospital Services" exclusions have been promulgated.

C. Information

Regulations may be established to prescribe the types of information the Minister may require for the purposes of the Act, and the times at which and the manner in which the information shall be provided. Prior to regulations being made, the Minister must consult with the ministers responsible for health care in the provinces. The Extra-Billing and User Charges Information Regulations are regulations of this type.

D. Recognition of Contributions and Payments by Canada

Regulations may be made regarding the form and manner in which the provinces are required to recognize federal contributions and payments under the Canada Health and Social Transfer. Prior to enactment of these regulations, the Minister must consult with the provincial health ministers.

Federal Contributions and Payments

Federal-Provincial-Territorial Health Financing Arrangements

In the 1995 Budget, the federal government introduced the Canada Health and Social Transfer (CHST), which came into effect April 1, 1996. At that time, provinces received the same share of the CHST that they had received under the Canada Assistance Plan and health and post-secondary education funding made under the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act*. The per capita allocation that existed under the previous programs was carried over into the CHST.

The CHST is a block fund from the federal government to the provincial and territorial governments to assist in the financing of health care, post-secondary education, social assistance and social services. The CHST takes the form of a cash transfer and a tax transfer, where the cash transfer is a cash payment and the tax transfer occurs when the federal government reduces its tax rates to allow provinces to raise their tax rates by the same amount. In the 1996 Budget, a "cash floor" for the CHST was established at $11 billion. In 1998, legislation was passed that increased the cash floor to $12.5 billion commencing in the 1997-1998 fiscal year.

The 1999 Budget announced that provinces and territories will receive an additional $11.5 billion for health care under the CHST over the period 1999-2000 to 2003-2004, $2 billion in 1999-2000 and 2000-2001, and $2.5 billion in each of the following three years. Provincial premiers and territorial leaders have made a commitment that CHST increases will be devoted to health services.

The CHST cash floor will increase from $12.5 billion in 1998-1999 to $14.5 billion in 1999-2000 and $15 billion in 2001-2002. Total CHST entitlements to support their health, post-secondary education and social services/assistance programs will grow from $28.4 billion in 1999-2000 to an estimated $31.4 billion in 2003-2004.

The 1999 Budget also guarantees the distribution of CHST transfers on an equal per capita basis to the provinces and territories starting in 2001-2002. In that year, provincial and territorial entitlements through the CHST will be $960 per person, and by 2003-2004 the amount will be $985 per person. In 1998-1999, support to the provinces varies from a high of $939 per capita in Quebec to a low of $800 per capita in Alberta.

Prior to the creation of the CHST, the federal government contributed to the operation of provincial and territorial health insurance plans according to the provisions of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act*. Under this Act, provinces were entitled to equal per capita federal health contributions ($526.41 per capita in 1995-1996, the last year of the Established Programs Financing (EPF)), escalated annually. The escalator, a three-year compound moving average rate of increase in nominal Gross National Product per capita, was applied to the 1975-1976 federal contributions per capita to provincial hospital and medical insurance plans, then multiplied by the population of each province to determine the provincial entitlement.

In the late 1980s and early 1990s, adjustments were made to the escalator because of the need to restrain federal expenditures. In 1986-1987, EPF growth was limited to the rate of growth as determined by the escalator, less two percentage points. The February 20, 1990, federal Budget froze per capita transfers for 1990-1991 and 1991-1992 at the 1989-1990 level. This meant that the transfer payments for 1990-1991 and 1991-1992 would be adjusted only according to changes in the population of each province, or an

estimated one percent increase nationally. The February 26, 1991, Budget further extended the 1989-1990 level freeze to 1994-1995. For 1995-1996, legislation provided for EPF entitlements to grow in accordance with the escalator, less three percentage points.

Health contributions to the provinces consist of both cash and an equalized tax transfer. Under EPF, the federal government transferred a total of 13.5 personal income tax points and one corporate income tax point to all provinces in support of post-secondary education and health programs. In the case of Quebec, an additional 8.5 personal income tax points were transferred under Part VII of the Act as a special abatement originating under the *Established Programs (Interim Arrangements) Act*.

In order to determine cash amounts payable to the provinces for health care, the total value of the tax transfer was first determined. This equalized tax transfer was then subtracted from the total provincial health entitlement in respect of insured health services. The difference was paid in the form of a monthly cash contribution to each province, provided the provincial plan satisfied the criteria and conditions set out in the *Canada Health Act*.

Provinces also received equal per capita cash payments in respect of extended health care services. These services are defined in the *Canada Health Act*. This payment, which was initially set at $20 per capita in 1977-1978, was escalated annually by the same escalator applied to the health contributions. In 1995-1996, this payment was $51.32 (part of the $526.41 per capita contribution mentioned above). It was payable to the provinces provided the two conditions of information and recognition set out in the *Canada Health Act* were satisfied.

The consequential amendments to the *Canada Health Act* as a result of the CHST, which was introduced in the 1995 Budget Bill, did not affect any of the criteria or conditions of the *Canada Health Act*, nor any of the provisions for their enforcement. Any penalties to be levied under the *Canada Health Act* will result in deductions to the CHST. Details relating to the type and amount of those deductions are reported in the following table.

Table

Summary of Deductions Pursuant to the *Canada Health Act*

(in dollars)

April 1, 1998 to March 31, 1999

	User Charges	Extra-Billing	Other	Total
Newfoundland	53,000	0	0	53,000
Prince Edward Island	0	0	0	0
Nova Scotia	38,950	0	0	38,950
New Brunswick	0	0	0	0
Quebec	0	0	0	0
Ontario	0	0	0	0
Manitoba	612,000	0	0	612,000
Saskatchewan	0	0	0	0
Alberta	0	0	0	0
British Columbia	0	0	0	0
Northwest Territories	0	0	0	0
Yukon	0	0	0	0
CANADA	703,950	0	0	703,950

Health Insurance Division

Intergovernmental Affairs Directorate

Policy and Consultation Branch

Health Canada

Extra-Billing and User Charges Provisions

The *Canada Health Act* states that

> *"continued access to quality health care without financial or other barriers will be critical to maintaining and improving the health and well-being of Canadians."*

This principle of accessibility is reflected by specific provisions in the *Canada Health Act* intended to discourage extra-billing and user charges.

The *Canada Health Act* stipulates that a province may only qualify for a full cash contribution for insured health services if no payments under the provincial plan have been subject to extra-billing. Additionally, the province must not permit user charges for insured health services under the plan, except as provided for under subsection 19 (2) respecting persons who require chronic care and who are more or less permanently residing in a hospital or other institution. If it has been determined that either extra-billing or user charges, or both, exist in a province, then a mandatory deduction is to be made from the federal cash contribution. The amount of such a deduction for a fiscal year is an amount that, on the basis of information provided by the province in accordance with the Extra-Billing and User Charges Information Regulations, the federal Minister of Health determines to have been charged through extra-billing or user charges. Where a province does not provide the information according to the Regulations, the amount of the deduction is an amount that the Minister estimates to have been so charged pursuant to subsections 20 (1), 20 (2) and 20 (3) of the *Canada Health Act*.

Subsection 20 (5) of the *Canada Health Act* provided an incentive for the early elimination of these charges. A province that ended extra-billing or user charges within three years of the coming into force of the *Canada Health Act*, that is, before April 1, 1987, was entitled to have the total amount of deductions refunded. All provinces in which direct charges existed did, in fact, establish or revise laws, regulations or practices to comply with the extra-billing and user charge conditions by the established deadline. Consequently, prior withheld funds were paid to the provinces as required under the *Canada Health Act*. Deductions made beginning April 1, 1987 have not been refunded.

Canada Health Act Administration

The *Canada Health Act* aims to ensure that all residents of Canada have access to necessary health care on a prepaid basis, by establishing criteria and conditions for the provinces to qualify for their full share of federal transfers made by the Minister of Finance under the CHST. The Minister of Health continues to be responsible for determining the amounts of any deductions or withholdings pursuant to the *Canada Health Act*, including those for extra-billing and user charges.

On behalf of the Minister, the Health Insurance Division of Health Canada ensures systematic monitoring of the criteria and conditions. Accordingly, during the year under review, a number of issues related to possible non-compliance were identified and resolved, while others are currently under review. As in the past, recommendations concerning potential deductions are presented to the Minister for approval. Once the Minister has authorized deductions, amounts are communicated to the Department of Finance. The Department of Finance makes the actual deductions from the twice-monthly CHST payments to the provinces and territories. The Division also carries out the consultative, analytic and administrative functions of the *Canada Health Act*.

As well as being responsible for the administration of the *Canada Health Act*, officials coordinated activities and consulted with provincial counterparts on matters relating to the Act, through such mechanisms as the Federal-Provincial Advisory Committee on Health Services. This committee, which

consists of senior provincial and territorial officials and representatives of the federal government, serves as a continuing forum for consultation and information exchange.

Coordinating Committee on Reciprocal Billing

The Coordinating Committee on Reciprocal Billing (CCRB) was formed in 1991 to identify issues arising from interprovincial billing arrangements for medical and hospital services. Committee members are also mandated to resolve administrative complexities at the operational level. All provinces and territories participate in reciprocal hospital agreements and all, with the exception of Quebec, participate in reciprocal medical agreements.

The Committee's work spans a wide spectrum of residency and billing issues relevant to interprovincial portability. An ongoing objective is the establishment of fair and reasonable rates for hospital visits, whether on an in-patient or out-patient basis. The Committee has contributed significantly to the development of interprovincial rates for high-cost procedures such as lithotripsy, MRI and vital organ transplants.

Newfoundland, Quebec, Ontario and Alberta are currently members along with the federal government, whose representative chairs the Committee. Other provinces and territories contribute through regular liaison with Committee members. The information exchanges and projects that have flowed from the Committee's work have demonstrated a commitment to ensuring that Canadians maintain health care coverage when moving or travelling within Canada.

The Coordinating Committee reports to the Advisory Committee on Health Services.

Health Insurance Supplementary Fund

In rare instances, individuals, through no fault of their own, have lost or been unable to obtain coverage for insured health services under the *Canada Health Act*, and in accordance with the Federal-Provincial Agreement on Eligibility and Portability. The Health Insurance Supplementary Fund was established pursuant to Vote L16b, *Appropriation Act No. 2, 1973*, to assist these individuals. Contributions to the Fund are made by all provinces in proportion to population and are matched by the federal government. The Fund is administered by the Health Insurance Division. During 1998-1999, no payments were made from this fund. The balance of the fund on March 31, 1999, was $28,386.44.

Information

Ministers have agreed that the most efficient approach to information exchange is to fully utilize and, where necessary, build upon existing joint information systems. Extra-Billing and User Charges Information Regulations were promulgated by the Governor in Council. Also, at the request of the Minister of Health, annual statements are provided by provincial health ministers. These statements describe operations of provincial plans in relation to the *Canada Health Act* and are incorporated in the production of this report.

PROVINCIAL AND TERRITORIAL

HEALTH CARE INSURANCE PLANS

Newfoundland

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospital Insurance Plan is operated by a division of the provincial Department of Health.

The Medical Care Plan is operated by the Newfoundland Medical Care Commission, a public authority appointed by the provincial government and responsible to the Minister of Health and Community Services. Both plans are non-profit and all transactions are audited by the Auditor General of the province.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured services provided by hospitals and community health centres include in- and out-patient services. In-patient services include accommodation and meals at the standard or public ward level; nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs; medical and surgical use of operating room, case room and anaesthetic facilities; and rehabilitative service (i.e. physiotherapy, occupational therapy, speech language pathology and audiology).

Out-patient services include laboratory, radiological and other diagnostic procedures; rehabilitative services; out-patient and emergency visits; and day surgery.

Hospital services not covered by the Plan include preferred accommodation at the patient's request; cosmetic surgery and other services deemed to be medically unnecessary; ambulance or other patient transportation prior to admission or upon discharge; private duty nursing arranged by the patient, non-medically required x-rays or other services for employment or insurance purposes; drugs (except anti-rejection and AZT drugs) and appliances issued for use after discharge from hospital; bedside telephones, radios or television sets for personal, non-teaching use; fibreglass splints; services covered by Workers' Compensation legislation or by other federal or provincial legislation; and services relating to therapeutic abortions performed in non-accredited facilities or facilities not approved by the Newfoundland Medical Board.

The Department of Health and Community Services administers the Emergency Air Ambulance Program for the transportation of patients within the province and to hospitals outside the province where warranted. Also included are the conveyance of patients, medical staff, and equipment to and from isolated communities. The Ground Emergency Ambulance Program assists in making ambulance services available to all residents at a reasonable rate. Users are required to pay co-payment charges in both cases.

Kidney donors and bone marrow/stem cell donors are eligible for financial assistance when the recipient is a Newfoundland* resident eligible for coverage under the Newfoundland Hospital Insurance Plan and the Medical Care Plan. Residents who travel by commercial air to access medically necessary insured services, which are not available within their area of residence and/or within the province, may qualify for financial assistance under the Medical Transportation Program.

* Any reference to Newfoundland includes Labrador.

Medical Care Plan

Insured services include a wide range of medically required general and specialist physician services, including office, hospital or home visits; diagnosis and treatment of illness and injuries; care and treatment surrounding operations, including anaesthesia; and radiology services. A limited number of in-hospital surgical-dental services are covered, including the administration of general anaesthesia for other non-insured dental-surgical procedures carried out in hospitals. Group immunizations or inoculations carried out by physicians are covered at the request of the Commission.

Services not covered by the Plan are the dispensing by a physician of medicines, drugs or medical appliances and the issuing of prescriptions; examinations such as those for employment or insurance purposes not necessitated by illness; cosmetic surgery; acupuncture; eyeglasses; drugs, vaccines and cost of materials; services rendered by practitioners such as optometrists, chiropractors, podiatrists, osteopaths, denturists, psychologists, physiotherapists, audiologists and paramedical personnel; ambulance services and other forms of patient transportation; testimony in court; any services rendered by a physician to the spouse and children of the physician; the time taken or expenses incurred in travelling to consult a beneficiary; reversal of sterilization procedures; in vitro fertilization; vaccination for travelling purposes; preparation of records, reports and certificates or advice by telephone; excision of xanthelasma, circumcision of newborns, and hypnotherapy; alcohol/drug treatment outside Canada; consultation required by hospital regulations; therapeutic abortions performed in the province at a facility not approved by the Newfoundland Medical Board; sex reassignment surgery when not recommended by the Clarke Institute of psychiatry; and services covered by Workers' Compensation legislation or other federal or provincial legislation.

Dental Health Plan

In addition to the basic insured health services, the provincial government provides a Children's Dental Health Plan that provides basic dental coverage up to and including 12 years of age. Basic services are also available for income support recipients aged 13 to 17. Relief of pain and infection services are available for adult recipients of social assistance.

Services not covered by the plan are the dentist's, oral surgeon's or general practitioner's fee for routine dental extractions in hospital, and fluoride dental treatment for children under four years of age.

Drug Subsidy Plan

The provincial Department of Health and Community Services provides a senior citizens' drug subsidy program for all residents over 65 years of age who are in receipt of the Guaranteed Income Supplement from the federal government and who are registered with Old Age Security. People in receipt of income support are provided free coverage for the ingredient portion of the cost of prescriptions. Dispensing fee payment is the responsibility of the senior.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All insured residents of the province are entitled to coverage, with the exception of regular members of the Canadian Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police and persons serving a prison term in a federal penitentiary. No premium payment exists. Registration under the Medical Care Plan and possession of a valid Medical Care Plan card are required in order to have access to insured services.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

Insured persons moving to Newfoundland from other provinces or territories are entitled to coverage as of the first day of the third month following the month of arrival, whereas persons arriving from outside Canada to establish residence are entitled to coverage as of the day of arrival, as are discharged members of the Canadian Forces and the Royal Canadian Mounted Police, and released inmates of federal penitentiaries. For coverage to be effective, however, registration is required under the Medical Care Plan. Immediate coverage is provided to persons from outside Canada who are authorized to work in the province for one year or more.

Persons must reside within the province for a minimum of four months each year in order to qualify for coverage. However, persons temporarily absent from the province may be granted an extension of 12 months' coverage, providing satisfactory evidence is given that they intend to return.

Payment Arrangements in Canada

Hospital costs incurred in other provinces or territories are paid for through reciprocal billing, an arrangement established between the provinces and territories. In-patient costs are paid at standard rates approved by the host province or territory. In-patient high-cost procedures and out-patient services are payable based on national rates agreed to by provincial and territorial health plans.

With the exception of Quebec, medical services incurred in all provinces or territories are paid through a reciprocal billing arrangement at host province or territory rates. Claims for medical services received in Quebec are submitted by the patient to the Newfoundland Medical Care Commission for payment at host province rates.

Payment Arrangements Outside Canada

Out-of-country hospital in-patient and out-patient services are covered for emergency or sudden illness at established rates. Elective hospital services are also insured when services are not available in the province or in the country.

The maximum amount payable by the government's hospitalization plan for out-of-country in-patient hospital care is $350 per day if the insured services are provided by a community or regional hospital. Where insured services are provided by a tertiary care hospital—a highly specialized facility—the approved rate is $465 per day. The approved rate for out-patient services is $62 per visit and haemodialysis is $220 per treatment. The approved rates are paid in Canadian funds.

Physician services are covered for emergency or sudden illness, and are also insured for elective services, when they are not available in the province or in the country. They are paid at the same rate as would be paid in Newfoundland for the same service. If the services are not available in Newfoundland, they are usually paid at Ontario rates, or at rates that apply in a province in which they are available.

If a resident of the province has to seek specialized hospital care outside Canada because the insured service is not available in Canada, the provincial health insurance plan will pay the costs of services necessary for the patient's care. However, it is necessary in these circumstances for such referrals to receive prior approval from the Department of Health and Community Services. The referring physicians must contact the Department and/or the Medical Care Plan for prior approval.

Prior consent is not required for physician services; however, it is suggested that physicians obtain prior approval from the Plan so that patients may be made aware of any financial implications. General practitioners and specialists may request prior consent on behalf of their patients. Prior consent is not

granted for out-of-country treatment of elective services if the service is available in the province or within Canada.

Permanent Moves out of the Province

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered up to and including the last day of the second month following the month of departure. Coverage is immediately discontinued when residents move permanently to other countries.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

There are no co-insurance charges for hospital services and no extra-billing by physicians in the province. In 1998-1999, acute beds staffed and in operation totalled 1,808 and the average length of stay for acute care services was 7.5 days.

A Memorandum of Understanding (MOU) was signed on October 1, 1998, between the Government of Newfoundland and Labrador, the Newfoundland and Labrador Medical Association and the Newfoundland and Labrador Health and Community Services Association. This agreement replaced existing rural incentive bonuses with a provincial retention bonus scale which reflects the relative degree of ruralness and retention difficulties.

Payment to Hospitals

The operating budget for the Regional Health Boards for each fiscal year is confirmed annually by the Department. Approximately one twelfth of the total annual operating budget is advanced to Regional Health Institution Boards each month. There is no deficit funding and retention of surplus is based on a provincial incentive plan. Payments by the provincial plan in 1998-1999 to Regional Health Boards in Newfoundland totalled $617,570,000. Out-of-province hospital service payments totalled $18,049,000.

System of Payment for Medical Care

Physicians are paid in accordance with the Newfoundland Medical Care Commission payment schedule. Total payments may be reduced so that they stay within a negotiated annual budget.

Reasonable Compensation

Fees are negotiated from time to time between the Medical Care Commission of the provincial government and the Newfoundland Medical Association.

During 1998-1999, payments to in-province physicians totalled $156,446,755. This figure includes salaried physician payments in the amount of $32,924,700. The Commission paid $4,636,581 for physician services provided outside the province.

Extended Health Care Services (EHCS)

Institutional long-term care, primarily for persons 65 years and older and persons with debilitating diseases, is promoted in community health centres and nursing homes operated primarily by regional health boards that also deliver acute care services. Seven nursing homes continue to operate under independent boards. Residents pay a maximum of $2,800 per month based on a financial assessment. The balance of funding required to operate these facilities is provided by the Department of Health and Community Services.

The Department of Health and Community Services has strengthened community health services to provide more appropriate preventive, support and home care services to help people avoid illness, to delay or reduce

the need for institutional care, and to strengthen population health-focussed programs and services throughout the province.

Within their mandates, the regional boards have implemented a single-entry system to continuing care services. This has facilitated the coordination and delivery of a wide range of professional and support services to community health clients, including home care, assessment and placement, school and home support, palliative care, emergency response, rehabilitation and respite services.

Further strengthening of community services occurred when, in April 1998, Child Welfare and Community Corrections and Family and Rehabilitative Services were transferred from the Department of Human Resources and Employment to the new Department of Health and Community Services. These social service programs have been integrated with community health programs and delivered under regional health and community services boards. The focus of this initiative is to strengthen the continuum of services available to children and families, thereby reducing service gaps that currently exist, and to prioritize prevention and early intervention services as an investment in healthy child development and healthy families in the communities.

Both provincial and regional committees continue to review existing programs and services and make recommendations on the changes needed to ensure a strengthened continuum of services for children and families.

Prince Edward Island

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Both plans are administered and operated on a non-profit basis by the Department of Health and Social Services. The Department is accountable to the provincial legislature. Accounts and transactions are audited annually by the provincial auditor general.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

The Prince Edward Island Hospital Plan insures hospital services as defined under section 2 of the *Canada Health Act*, including accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations administered in hospital; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; and use of radiotherapy and physiotherapy services, where available.

The following hospital services are not insured: hospital admission chest x-rays; syphilis serology; personal conveniences, including telephones and televisions; private or special duty nursing at the patient's or family's request; preferred accommodation at the patient's request; hospital services rendered in connection with surgery purely for cosmetic purposes; and drugs, biologicals, and prosthetic and orthotic appliances for use by an in-patient or out-patient after discharge from hospital.

In addition to the insured hospital benefits, Prince Edward Island also provides a breast prosthesis program.

Medical Care Plan

The Medical Care Plan insures all medically necessary physician services and oral maxillofacial services.

The following services are not insured: services that persons are eligible for under other provincial or federal legislation; mileage or travel, unless approved by the Department; advice or prescriptions by telephone, except anticoagulant therapy supervision; examinations required in connection with employment, insurance, education, etc.; group examinations, immunizations or inoculations, unless prior approval is received from the Department; preparation of records, reports, certificates or communications, except a certificate of committal to a psychiatric, drug or alcoholism facility; testimony in court; surgery for cosmetic purposes unless medically required; dental services other than those procedures included as basic health services; dressings, drugs, vaccines, biologicals and related materials; eyeglasses and special appliances; physiotherapy, chiropractic, podiatry, optometry, chiropody, osteopathy, psychology, naturopathy, audiology, acupuncture and similar treatments; reversal of sterilization procedures; in vitro fertilization; services performed by another person when the supervising physician is not present or not available; services rendered by a physician to members of the physician's own household, unless approval is obtained from the Department; laboratory or radiology services provided for under the provincial *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act*, and any other services that the Department may, upon the recommendation of the Medical Advisory Committee, declare to be non-insured.

In addition to basic insured health services, the province also provides an ambulance subsidy program to ambulance operators in order to reduce the cost to Island residents; routine dental care for children; an ocular prosthesis program for children and youth up to 18 years of age; and a Drug Cost Assistance Plan for seniors and certain other client groups.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Every person permanently residing in Prince Edward Island, with the exception of members of the Canadian Forces (regular), the Royal Canadian Mounted Police, or persons on student visas, who has registered under the Plans and provided the Department with all information required, is eligible for insured services. Eligibility is based on permanent residence and full compliance with the Interprovincial Agreement on Eligibility and Portability. No premiums are levied.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

Every person registering for insured services under the Plan becomes eligible on the first day of the third month following the date of establishing residence.

Provided registration requirements as set out in the Regulations are complied with, landed immigrants, repatriated Canadians, returning Canadians, returning landed immigrants, Canadian citizens or spouses of Canadian citizens assuming residence in Canada for the first time, persons living in the province under the authority of a work permit issued under the *Immigration Act* (Canada), discharged members of the Canadian Forces and Royal Canadian Mounted Police, and discharged inmates of federal penitentiaries are entitled to benefits, once the date of residence is established.

Regular annual absences of fewer than six months per year are allowed, provided permanent residence does not change. Persons temporarily absent from the province may be granted an extension of up to six months' coverage, provided the Department is notified in writing.

Payment Arrangements in Canada

All insured persons temporarily absent from the province but still in Canada will have their claims accepted at the rate applicable in the province or territory where such services have been rendered (host province or territory rate), provided the services rendered comply with the regulations regarding medical necessity.

Payment Arrangements Outside Canada

Hospital in-patient insured services received under emergency or sudden illness circumstances are paid in Canadian funds at a rate not exceeding the per diem rate of the Queen Elizabeth Hospital in Charlottetown.

Hospital in-patient elective services not available in Canada are paid, with prior approval of the Department, at a rate not to exceed the total amount payable for in-patient services at the hospital, including room and board and medically necessary hospital services, and are payable in appropriate funds, depending on the country of origin.

Hospital out-patient services received under emergency or sudden illness circumstances are paid in Canadian funds at P.E.I. rates, or appropriate Canadian rates where applicable.

Hospital out-patient elective services not available in Canada are paid at a rate of 100 percent of the approved hospital charges, with prior approval of the Department.

Physician charges received in circumstances of emergency or sudden illness are payable at the P.E.I. Schedule of Fees, in Canadian funds.

Payment for physician charges for elective services not available in Canada is at 100 percent of physician fees if prior approval has been obtained from the Department, and is paid in appropriate funds, depending on the country of origin.

Prior written approval is necessary if the patient is seeking non-emergency medical treatment outside P.E.I. Requests can come from general practitioners or specialists.

Permanent Moves out of the Province

Residents are eligible for all benefits under the Plan during the interprovincially agreed-upon waiting period. Residents moving permanently outside Canada are eligible for all benefits under the Plan until the day of departure from Canada.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

Both plans provide for insured services on uniform terms and conditions on a basis that does not impede or preclude reasonable access to those services by insured persons. There are no co-insurance charges for hospital services or extra-billing by physicians in the province.

In 1998-1999, there were seven acute care hospitals in the province, with a total of 474 beds, excluding those for newborns. Patients admitted during the fiscal year totalled 18,148, excluding newborns, and total patient days were 144,189, excluding newborns.

Payment to Hospitals

The Department establishes the annual operating budget for each hospital and makes payment thereon, primarily bi-weekly. Unbudgeted expenses are either adjusted by revision of budgets within the current year or are considered for approval after receipt of the hospital's audited financial statements.

For fiscal year 1998-1999, hospitals received an estimated $95,300,000 for capital and operating expenses. Department payments for out-of-province hospital services were an estimated $14,220,000.

System of Payment for Medical Care

Each practitioner submits a claim to the Department, along with any required information to substantiate the claim, as prescribed by the tariff of fees, within six months of the date on which the service was rendered. If the claim is in compliance with the *Health Services Payment Act*, payment is made to the practitioner on a bi-weekly basis.

Reasonable Compensation

Negotiations with the Medical Society of Prince Edward Island has resulted in a signed agreement relating to tariffs on fees for insured services rendered to residents, for the period April 1, 1998, to March 31, 2001. Negotiations are pending with the Dental Association. The Dental Association contract relating to tariffs on fees expired March 31, 1998.

During 1998-1999, payments to physicians in the province totalled an estimated $34 million. For physician services provided out-of-province, the Department paid approximately $3.2 million.

Extended Health Care Services (EHCS)

Extended care services are primarily provided through the Residential Services Branch within the five Regional Authorities of the Health and Community Services System. Nursing home services are primarily available through regional admission and placement committees for government manors and licensed private nursing homes, with a total of 920 beds in the province. The Department provides funding to the regions as necessary, for over 90 percent of beds in government-operated manors and approximately 70 percent of beds in private nursing homes. Placement is according to urgency of need as related to functional and cognition assessment. A financial assessment is part of the overall placement process to identify funding assistance needs.

The *Community Care Facilities and Nursing Homes Act, 1988* transferred the licensing of private nursing homes to a board that reports to the Minister of Health and Social Services. The Department provides staff support to the board, conducts inspections, and assesses residents for appropriateness of level of care.

In addition, there are approximately 774 licensed community care facilities (residential) beds, of which an estimated 500 are for seniors requiring a safely managed environment but not needing professional nursing services.

In the private community care facilities, Home Care Support regional services may be called upon to provide some short-term nursing assessment or staff teaching, for example, hospital discharged residents or newly diagnosed diabetics.

The same assessment tool is now used for clients at all levels of care in all long-term care facilities and Home Care services.

Nova Scotia

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Department of Health administers the Hospital Insurance Plan.

The Medical Services Insurance Plan has been administered and operated on a non-profit basis by an authority consisting of the Insured Programs Branch of the Department of Health and Maritime Medical Care Incorporated since September 1991. At that time the Health Services and Insurance Commission was integrated with the Department. Legislation was passed in June 1992 to formalize the change. Maritime Medical Care Incorporated, the administrative and fiscal agent of the province for the Medical Services Insurance Program, must submit a report on its accounts and activities concerning the Plan to the Minister for each fiscal year. The books, records and accounts of Maritime Medical Care Incorporated must relate to its duties, functions and responsibilities under its agreement with the Department.

The Auditor General of Nova Scotia conducts an annual audit of all records and books of accounts of the Department of Health, and of Maritime Medical Care Incorporated, as they pertain to both plans.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

In-patient services include accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations, when administered in a hospital; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; use of radiotherapy and physiotherapy services, where available; and blood or therapeutic blood fractions.

Out-patient services include laboratory and radiological examinations; diagnostic procedures involving the use of radio-pharmaceuticals; electroencephalographic examinations; use of occupational and physiotherapy facilities, where available; necessary nursing services; drugs, biologicals and related preparations; blood or therapeutic blood fractions; hospital services in connection with most minor medical and surgical procedures; day-patient diabetic care; services other than medical services provided by and within the Nova Scotia Hearing and Speech Clinic; ultrasonic diagnostic procedures; home parental nutrition; and haemodialysis and peritoneal dialysis.

Uninsured hospital services include preferred accommodation at the patient's request; telephones; televisions; drugs and biologicals ordered after discharge from hospital; cosmetic surgery; reversal of sterilization procedures; surgery for sex reassignment; in vitro fertilization; procedures performed as part of clinical research trials; services such as gastric bypass for morbid obesity, breast reduction/augmentation, and newborn circumcision, unless by exception because of medical necessity, and services not deemed medically necessary that are required by third parties, such as insurance companies.

The Department of Health administers the Breast Cancer Screening Program.

Medical Care Plan

Insured services are defined as "all services rendered by physicians which are medically required or which are deemed to be medically required." Certain dental-surgical procedures medically required to be rendered in a hospital are also insured.

Uninsured services include services a person is eligible for under the *Workers' Compensation Act* or under any other federal or provincial legislation; mileage, travelling or detention time; telephone advice or prescriptions; examinations required by third parties; group immunizations or inoculations unless approved by the Department; preparation of certificates or reports; testimony in court; services in connection with an electrocardiogram, electromyogram or electroencephalogram, unless the physician is a specialist in the appropriate specialty; cosmetic surgery; acupuncture; reversal of sterilization; and in vitro fertilization.

In addition to the basic insured health services, limited coverage is also provided for vision analyses by optometrists for children and seniors; prescription drugs for seniors; a special drug program for sufferers of a specific chronic disease condition; a children's dental plan; a special dental program for certain client groups; prosthetic services including coverage for breast prostheses; and an ambulance subsidy program.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The legislation provides that all residents of the province, with the exception of members of the Canadian Forces and the Royal Canadian Mounted Police, and inmates of federal penitentiaries, are entitled to receive insured hospital services. In addition, Nova Scotians are insured for emergency services outside the country, for insured residents, to the limits of the Nova Scotia fee schedule. These hospital and medical services have uniform terms and conditions. This provision ensures coverage for all residents of the province. A resident is defined as "a person who is legally entitled to remain in Canada and who makes his/her home and is ordinarily present in Nova Scotia, but does not include a tourist, a transient or a visitor to Nova Scotia." Eligibility for benefits for residents does not depend upon prior registration. No premiums are levied.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

In compliance with the Agreement on Eligibility and Portability, people from elsewhere in Canada establishing permanent residence in the province are eligible for insured health services on the first day of the third month immediately following the month in which they became residents of Nova Scotia.

First-day coverage is available for certain residents, including discharged members of the Canadian Forces and the Royal Canadian Mounted Police, released inmates of federal penitentiaries, and returning Canadians. In addition, immediate retroactive coverage is provided to people from outside Canada who are in the province on work permits for periods of 12 months or longer.

Those temporarily absent from the province may be granted an extension of coverage to a maximum of 12 months. Students normally resident in Nova Scotia who are in full-time attendance at school outside the province will be covered. Proof of enrolment must be provided annually.

Payment Arrangements in Canada

Nova Scotia participates in the Reciprocal Billing Arrangements. Hospital care services are paid for at the per diem of the host hospital, and medical care services are paid for according to the tariff of the host province

or territory. The patient may either pay the physician directly for medical care services and then claim reimbursement from the Plan, or may assign the right of payment to the physician.

Payment Arrangements Outside Canada

Out-of-country in-patient hospitalization as the result of an accident or sudden illness while temporarily absent from Canada is covered in Canadian funds.

Hospital services are paid for at the lesser of two rates: a rate calculated on the basis of the average per diem of the Halifax metro hospitals at the time services are rendered, or at the per diem of the hospital providing the service.

Unapproved non-emergency or elective treatment, unreferred hospital services received in a psychiatric hospital or addiction centre outside Canada, and hospital out-patient services are excluded from out-of-country coverage.

Out-of-country physician services, as the result of an accident or sudden illness during a temporary absence from Canada, are covered in Canadian funds at Nova Scotia rates.

A Nova Scotia specialist must receive prior consent before referring residents for out-of-country treatment. Approval is not given if the service is available in the province or elsewhere in Canada.

The Nova Scotia Department of Health determines payment for prior approved elective services and for services not available in Canada.

Prior consent is required for residents referred to psychiatric hospitals or addiction centres outside Canada for services not available in Canada.

Permanent Moves out of the Province

Residents moving permanently to other parts of Canada continue to be covered for insured services for a period of up to three months after residency is established in their new province.

Residents of Nova Scotia moving permanently outside Canada lose coverage the day of their departure.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

There are no user charges or extra charges applicable under either plan.

More than 90 percent of the population lives within 30 minutes' travel time of the 37 provincial hospitals. A system of regional hospitals throughout the province provides specialty services to residents, in addition to the major tertiary care services available in Halifax.

Payment to Hospitals

The Department of Health establishes budget targets, seeks advice from hospitals, and establishes approved budgets accordingly. Approved estimates form the basis upon which payments are made by the Plan to hospitals each year. In 1998-1999, there were a total of 3,233 (3.46 per 1000 population) hospital beds in Nova Scotia. Department of Health direct expenditures for general and psychiatric hospital services operating costs were $710.7 million. Payments to out-of-province hospitals for insured services provided to Nova Scotia residents totalled $9.8 million. Total separations from all hospitals were 116,552. Patient-days in all hospitals totalled 871,680.

System of Payment for Medical Care

Payments to physicians are made on a fee-for-service basis in the vast majority of cases. Some insured services are rendered by salaried and contract physicians.

Reasonable Compensation

The *Health Services and Insurance Act* empowers the Department to negotiate compensation for insured medical and dental services with the Medical Society of Nova Scotia and the Nova Scotia Dental Association, and to participate in a process of arbitration for issues of compensation not resolved by negotiation.

During 1998-1999, payments to Nova Scotia physicians totalled $317,527,840. The Department paid an additional $4,153,879 for physician services provided outside the province.

Extended Health Care Services (EHCS)

In April 1993, the responsibility for long-term care facilities (nursing homes, homes for the aged) was transferred from the Department of Community Services to the Department of Health. Effective April 1, 1995, the Department of Health became responsible for 100 percent of the cost of providing financial assistance to residents requiring care in nursing homes and homes for the aged. (Prior to April 1, 1995, the Department of Health had been responsible for 66.67 percent of this cost, with municipal units retaining responsibility for the balance.)

On June 1, 1995, Home Care Nova Scotia was implemented across the province in two categories—Chronic Home Care and Hospital Replacement Home Care. Since the program's launch, the number of Nova Scotians who have benefitted from home care services has increased from 7000 to approximately 52,000.

New Brunswick

Public Administration

Hospital Services and Medical Care Plans

Both plans are administered by the Department of Health and Community Services on a non-profit basis and are subject to audits of their accounts and financial transactions by the provincial Auditor General.

Comprehensiveness

Hospital Services Plan

The in-patient services to which eligible persons are entitled correspond to those cited in the *Canada Health Act*, including accommodation and meals at standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations administered in hospital; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; and use of radiotherapy and physiotherapy services, where available. The out-patient services include laboratory, diagnostic and radiology procedures, where available; radiotherapy; physiotherapy; and the hospital component of other out-patient services.

Uninsured services include patent medicines; take-home drugs; third-party requests for diagnostic services; visits for the administration of drugs, vaccines, sera or biological products; televisions; telephones; preferred accommodation at the patient's request; and any service not included in the provincial schedule of insured physicians' services.

Services are not insured if provided to those entitled under other statutes.

Services provided under the New Brunswick Extra-Mural Program are insured services. Also called the "hospital at home," the Extra-Mural Program is an active treatment program of professional acute and palliative health care in a person's place of residence. Patients are admitted only on referral by their physicians; physicians arrange admission, prescribe treatment and order discharge just as in conventional hospitals. It was expanded to provide province-wide coverage in 1992-1993. Effective April 1, 1990, the Extra-Mural Program expanded its range of services to include long-term care services. This range of services was defined as Phase II of its mandate and was previously included as a public health service.

In 1996-1997, responsibility for delivery of the Extra-Mural Program was transferred to each regional hospital corporation. The benefit expected from decentralizing these services was better coordination and integration, by placing the authority, responsibility and accountability for more of the range of active treatment services in one organization in each region.

A major reorientation of rehabilitation services from institutions to the community took place in 1997 with the implementation of the Rehabilitation Services Plan. The Extra-Mural Program in each region now provides professional rehabilitation services in the home, in nursing homes and in schools (speech language pathology).

Medical Care Plan

Insured health services are defined as all medically required services rendered by a medical practitioner and certain medically required services rendered by qualified dental practitioners in an approved hospital.

Services not covered by the Plan include elective plastic surgery or other services for cosmetic purposes; medicines, drugs, materials, surgical supplies or prosthetic devices; advice or prescription renewal by telephone, except as provided in the schedule of fees; examinations of medical records

or certificates at the request of a third party; immunizations, examinations or certificates for purposes of travel, employment, emigration, insurance, or at the request of a third party; other services required by hospital regulations or medical by-laws; dental services provided by a medical practitioner; distance or travelling time, except as provided in the schedule of fees; testimony in court or before any other tribunal; services provided by medical practitioners to members of their immediate families; psychoanalysis; electrocardiograms where not performed by specialists in internal medicine or paediatrics; laboratory procedures not included as part of an examination or consultation fee; the fitting and supplying of eyeglasses or contact lenses; transsexual surgery; in vitro fertilization; acupuncture; and complete medical examinations, where performed for the purposes of periodic checkups and not for medically necessary purposes; abortion, unless it is performed by a specialist in the field of obstetrics and gynaecology in a hospital facility approved by the jurisdiction in which the hospital facility is located and two medical practitioners certify in writing that the abortion was medically required; surgical assistance for cataract surgery unless such assistance is required because of risk of procedural failure, other than the risk inherent in the removal of the cataract itself, due to the existence of an illness or other complications; vaccines, serums, drugs and biological products; advice or prescription renewal by telephone; services that are generally accepted within New Brunswick as experimental or that are provided as applied research and any related services; refractions; services provided within the province by medical practitioners or dental practitioners for which the fee exceeds the amount payable; radiology services provided in the province by a private radiology clinic; circumcision of a newborn; reversal of vasectomies; second and subsequent injections for impotence; reversal of tubal ligations; intrauterine insemination; gastric stapling or gastric by-pass; venipuncture for the purposes of taking of blood when performed as a stand-alone procedure in a facility that is not an approved hospital facility.

Prescription Drug Program

The Prescription Drug Program provides prescription drug benefits to eligible residents of New Brunswick. The program consists of several individual drug plans, each designed to meet the needs of beneficiary groups.

Beneficiary groups include:

- residents of the province who are 65 years of age and older, registered with Medicare and in receipt of Old Age Security/ Guaranteed Income Supplement (GIS), or who qualify for benefits based on annual income;
- residents in a registered nursing home;
- clients holding health cards issued by either the Department of Human Resources Development – NB or the Department of Health and Community Services;
- children in care of the Minister of Health and Community Services;
- persons with cystic fibrosis registered with the Department of Health and Community Services;
- organ transplant recipients registered with the Department of Health and Community Services;
- persons with growth hormone deficiency who are registered with the Department of Health and Community Services; and
- persons who test HIV positive and are registered with the Department of Health and Community Services.

Emergency Medical Services

The Department of Health and Community Services administers the Ambulance Services Program, which ensures that ambulance service is available in the province through contracted public and private sector ambulance operators. Some subsidization is provided to operators to offset operating costs, and for purchases of vehicles and equipment.

Funding is provided to a private sector training agent to administer and deliver an Emergency Medical Technology Level One program.

The Department provides funding for this program to all non-salaried ambulance personnel in the province. Salaried personnel are responsible for their own costs. A provincial air medical transport program is in place for critically ill or injured patients, and a repatriation program arranges and funds transfers back to New Brunswick for eligible patients who have been hospitalized outside the province. Financial assistance is also provided for social assistance recipients and for eligible patients being transported between health care facilities by air or land.

Universality

Hospital Services and Medical Care Plans

All insured persons in the province are entitled to coverage. Not entitled are regular members of the Canadian Forces; members of the Royal Canadian Mounted Police; persons serving a prison term in a federal penitentiary, and people from another province or territory who are in New Brunswick for educational purposes, and who are eligible for coverage under their provincial or territorial plans.

In order to be entitled to insured health services, beneficiaries and their dependants must register. Upon registration, eligible persons are issued a New Brunswick Medicare card bearing the resident's name, date of birth, Medicare number and expiry date. This card must be produced when requesting services from a medical practitioner or a hospital. No premiums are levied.

Portability

Hospital Services and Medical Care Plans

Minimum Residence

A person is eligible to become a beneficiary under the health plan on the first day of the third month following the month of arrival in the province, when entering from another province or territory. The following groups may be eligible for first-day coverage when full-time residence in New Brunswick is established: discharged members of the Canadian Forces and the Royal Canadian Mounted Police, and penitentiary inmates released in New Brunswick. When entering from outside the country, a person may be eligible to become a beneficiary under the health plan on the first day of the third month following the month of arrival in the province and establishing permanent residence. This applies to non-Canadian spouses of Canadian residents assuming residence in Canada for the first time; landed immigrants; repatriated Canadians; returning Canadians; returning landed immigrants; and Canadian citizens establishing residence in Canada for the first time. Coverage is provided to people from outside Canada who are in the province on work permits for periods of 12 months or longer.

Effective January 1, 1993, New Brunswick increased its minimum residence requirement to 183 days, in order to bring it in line with other jurisdictions.

An eligible person may be temporarily absent from the province for the purpose of vacation, visits or business arrangements; however, this absence must not exceed 182 days in a 12-month period, unless approved by the Director of Medicare.

Students may be temporarily absent on an annual basis when in full-time attendance at a university or another institution, provided they do not establish residence elsewhere. Students must inform the Medicare office annually.

Payment Arrangements in Canada

Hospital in-patient services will be paid at the rate approved by the relevant province's or territory's hospital insurance plan. Out-patient services are paid at the standard out-patient rate established by the Co-ordinating Committee on Reciprocal Billing. Payment may be made to the person directly, to the facility involved in the provision of the services, or through reciprocal hospital billing.

With the exception of Quebec, insured medical services incurred in all other provinces or territories are paid through a reciprocal billing arrangement at host province or territory rates. Selected high-cost procedures are paid as approved by the Co-ordinating Committee on Reciprocal Billing.

Payment Arrangements Outside Canada

Effective April 1, 1997, only non-emergency services are covered and are paid in Canadian funds. Hospital in-patient services are paid at a daily maximum of $100, while out-patient services are paid at a maximum of $50. Physicians' fees associated with these services are paid at New Brunswick rates.

If a service is not available in Canada, Medicare will negotiate a rate with U.S. providers, if the service has received prior approval.

Prior approval is required for in-patient treatment of substance abuse in an out-of-Canada facility and for in-patient treatment in a psychiatric facility within Canada.

Permanent Moves out of the Province

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered up to and including the last day of the second month following the month of arrival in the new province or territory. Coverage ceases on the date of departure from Canada for residents moving permanently out of the country.

Accessibility

Hospital Services and Medical Care Plans

Reasonable Access

Possession of a New Brunswick hospital-medicare card entitles eligible people to insured services.

Preliminary hospital statistics for 1998-1999 are 836,191 patient-days, excluding newborns; 104,873 separations; and 772,099 emergency visits. There were 432,720 visits and 12,632 separations from the Extra-Mural Program.

Medical care statistics for 1998-1999: 5.3 million services were provided on a fee-for-service basis by in-province general practitioners and specialists.

Payment to Hospitals

New Brunswick hospitals receive an annual global budget to provide approved services. Payments are made to the hospitals on a bi-weekly basis. Total expenditures for insured, in-province hospital services amounted to an estimated $644.9 million in 1998-1999. An estimated $27.1 million was paid to out-of-province hospitals for services rendered to New Brunswick residents.

New Brunswick hospitals received an estimated $27.3 million from other provinces and the territories for services provided to out-of-province residents.

System of Payment for Medical Care

Medical practitioners must submit a claim containing the required information regarding the patient and the services provided. A medical practitioner wishing to practise under the *Medical Services Payment Act* must obtain privileges from the Region Hospital Corporation prior to being issued a billing number by the Minister.

Reasonable Compensation

Compensation for medical practitioners is based on the schedule of fees of the New Brunswick Medical Society. Fees for those services not included in this schedule are determined by the Director of the Medical Plan in consultation with the Society. During 1998-1999, payments made on a fee-for-service basis to in-province physicians totalled $185.5 million. Out-of-province physician payments totalled $7.4 million.

Extended Health Care Services (EHCS)

In New Brunswick, Long Term Care (LTC) is a non-insured service under the Department of Health and Community Services. Under the umbrella of LTC, which covers both institutional and home care services, the following services are provided.

Nursing home care is provided through the Nursing Home Services Program under the authority of the Institutional Services Division of the Department. Other adult residential care services and facilities are available through a variety of agencies and funding sources. The Family and Community Social Services Division of the Department is responsible for the Special Care Home and Community Residence programs, as well as for the Community-Based Services for Seniors and the Community Services for Disabled Adults programs, which could also involve the Mental Health Division of the Department.

Home health care available through the Extra-Mural Program includes acute care services (medical/surgical), palliative care and long-term care, and is an insured service under the Hospital Services Plan.

Quebec

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The hospital insurance plan, the *régime d'assurance-hospitalisation du Québec*, is administered by the Ministry of Health and Social Services, the *ministère de la Santé et des Services sociaux*.

The health insurance plan, the *régime d'assurance-maladie du Québec*, is administered by the *Régie de l'assurance-maladie du Québec*, a public authority appointed by the provincial government and responsible to the Minister of Health and Social Services. Both plans are operated on a non-profit basis, and all accounts and transactions are audited by the Auditor General of the province.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

The network of establishments under the Ministry of Health and Social Services includes hospital centres, certain residential and extended-care facilities (formerly extended-care hospital centres)* and local community services centres.

The treatment of physical and mental illness is provided by the hospital centres, and by some of the residential and extended-care facilities.

Insured in-patient services are provided in the hospital centres, whereas out-patient services are available mainly in residential institutions and local community services centres.

Insured in-patient services include standard ward accommodation and meals; necessary nursing services; provision of routine surgical supplies; diagnostic services; use of operating rooms, delivery rooms and anaesthetic facilities; provision of medications, prosthetic and orthotic appliances that can be integrated to the human body, and of biological products and related preparations; use of radiotherapy, radiology and physiotherapy facilities; and services rendered by hospital centre staff.

Out-patient services cover clinical services for psychiatric care; electroshock, insulin and behaviour therapies; emergency care; minor surgery care (day surgery); radiotherapy; diagnostic services; physiotherapy; ergotherapy; inhalation, audiology and speech therapies; orthoptics; and other services or examinations required under Quebec legislation.

Other services covered by insurance are mechanical, hormonal or chemical contraception; surgical sterilization (tubal ligation or vasectomy); and reanastomosis of the fallopian tubes or vas deferens.

The Ministry of Health and Social Services administers an ambulance transportation program free of charge to persons aged 65 and over.

Uninsured hospital services include cosmetic surgery; in vitro fertilization; private or semi-private room at the patient's request; televisions; telephones; drugs and biologicals ordered after discharge from hospital; and services covered by the *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles* or other federal or provincial legislation.

---

* Since October 1, 1992, extended-care hospitals and residential facilities have been included in a single institutional category (the CHSLD—*centres d'hébergement et de soins de longue durée*), although no change has been made to their specific missions.

Medical Care Plan

The services insured by the medical care plan, the *régime de soins médicaux*, include medical and surgical services provided by physicians, as well as oral surgery performed in hospital centres or in a university facility determined by regulation by dental surgeons and specialists in oral and maxillo-facial surgery.

The following services are not considered insured: any examination or service not related to a process of cure or prevention of illness; psychoanalysis in every form, unless such service is rendered in an institution authorized by the Ministry of Health and Social Services; any service provided for purely aesthetic purposes; any refractive surgery, except in cases where there is documented failure of more than 3.00 diopters or anisometropia of more than 5.00 diopters, measured at the cornea, when corrective lenses or corneal lenses are worn; any consultation by telecommunication or by correspondence; any service rendered by a professional to the person's spouse or children; any examination, expert appraisal, testimony, certificate or other formality required for legal purposes or by a person other than the person who has received an insured service, except in certain cases; any visit made for the sole purpose of obtaining the renewal of a prescription; any examination, vaccination, immunization or injections given to a group or for certain purposes; any service rendered by a professional based on an agreement or a contract with an employer, an association or an organization; any adjustment of eyeglasses or contact lenses; any surgical removal of a tooth or tooth fragment carried out by a physician, except in certain cases where the service is provided in a hospital centre; all acupuncture procedures; the injection of sclerosing substances and the examination made at that time; thermography, mammography used for screening purposes, unless this service is not delivered in a place designated by the Minister in either case, either to a recipient who is 40 or over and under 50 years of age and who presents a significant risk factor associated with breast cancer, and on condition that such an examination has not been performed on the recipient in the previous two years, or to a recipient 50 years of age or older, on condition that such an examination has not been performed on the recipient in the previous two years; mammography for detection purposes, tomodensitometry, magnetic resonance imaging, the use of radionuclides in vivo in a human, and ultrasonography, unless all these services are rendered in a hospital centre; any radiological or anaesthetic service provided by a physician if it is required with a view to dispensing an uninsured service, with the exception of a dental service provided in a hospital centre; and any surgical service provided for the purposes of transsexualism unless such a service is provided upon the recommendation of a physician specialized in psychiatry and carried out in a hospital centre recognized to this end; and any services not associated with a pathology and that are rendered by a physician to a patient between the ages of 18 and 65 years, unless that individual is the holder of a claim card for colour-blindness or a refraction problem, for the purpose of obtaining or renewing a prescription for eyeglasses or contact lenses.

In addition to the basic insured services, the *Régie* also covers, with some limitations regarding certain residents of Quebec as defined by the *Loi sur l'assurance-maladie* and Income Security recipients, optometric services; dental care for children and Income Security recipients, and acrylic dental prostheses for Income Security recipients; prostheses, orthopaedic appliances, locomotion and postural aids or other equipment for persons with physical disabilities; external breast prostheses; ocular prostheses; supplementary hearing aids and visual aids for people with visual or auditory handicaps; and permanent ostomy appliances. Moreover, since January 1, 1997, in terms of drug insurance, the *Régie* covers over and above its regular clientele (Income Security recipients and seniors 65 years and older),

individuals who do not otherwise have access to a private drug insurance plan. The new drug insurance plan covers nearly three million people.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Registration with the hospital insurance plan is not required. Registration with the *Régie de l'assurance-maladie* or proof of residence is sufficient to establish eligibility. All residents or deemed residents of Quebec must be registered with the *Régie de l'assurance-maladie* to be eligible for the health insurance programs. Services received by regular members of the Canadian Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police, and inmates of federal penitentiaries are not covered by the Plan. No premium payment exists.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

Insured persons moving to Quebec from other provinces or territories in Canada are entitled to coverage under the Quebec health insurance plan when benefits under the province or territory of origin cease, provided they register with the *Régie de l'assurance-maladie*.

If outside Quebec for 183 days or more, students, and full-time unpaid trainees, can retain their status as a resident of Quebec in the first case for four consecutive calendar years at most, and in the second case for two consecutive calendar years at most. Quebec government civil servants, employees of non-profit organizations with head offices in Canada and employed abroad in assistance or cooperation programs recognized by the Minister of Health and Social Services, and the spouses and dependants of all such persons maintain their resident status, provided the *Régie* is notified of their absence.

This is also the case for persons living in another province for the purpose of seeking employment, holding temporary employment or working on contract, provided their families remain in Quebec or they retain a residence there. Their resident status can be maintained for no more than two consecutive calendar years.

Persons employed or working on contract outside Quebec for a company headquartered in Quebec, or employed by the federal government and posted outside Quebec, also retain their resident status, provided their families remain in Quebec or they retain a residence there.

Resident status is also maintained by those persons who remain outside the province for 183 days or more, but fewer than 12 months within a calendar year, provided such an absence occurs only once every seven years and is reported to the *Régie*.

First-day coverage is provided to certain categories of residents, notably permanent residents under the *Immigration Act*, repatriated Canadians, returning Canadians, members of the Canadian Forces and Royal Canadian Mounted Police who have not acquired their resident status, and inmates of federal penitentiaries, upon release or discharge. Immediate coverage is also provided to persons from outside Canada who have work permits and are living in Quebec for the purpose of holding an office or employment for three months or more, or who are living in Quebec under an official bursary or internship program of the Ministry of Education or the Ministry of Post Secondary Education and Science.

Payment Arrangements in Canada

Hospital costs incurred in other provinces or territories are paid through reciprocal billing, an interprovincial agreement established between the provinces and territories. In-patient costs are paid at standard ward rates approved by the host province or territory,

and out-patient costs or high-cost procedures are paid at approved standard interprovincial/territorial rates. However, since November 1, 1995, Quebec only reimburses the average rate of Outaouais specialized centres to Ottawa hospitals when an Outaouais resident is hospitalized for non-urgent care or services available in the Outaouais.

The costs of medical services incurred in other provinces or territories are reimbursed at the amount actually paid, or the rate that would be paid by the *Régie* for the same services in Quebec, whichever is less. However, Quebec has negotiated a permanent arrangement with Ontario to pay Ottawa doctors at the Ontario fee rate for emergency care and when specialized services are not offered in the Outaouais region. This agreement became effective November 1, 1989. A similar agreement was signed in December 1991 for the Abitibi-Témiscamingue/North Bay area.

Payment Arrangements Outside Canada

As of September 1, 1996, hospital services provided outside Canada in cases of emergency or sudden illness are reimbursed by the *Régie*, usually in Canadian funds, to a maximum of $100 Canadian per diem if the patient was hospitalized (including day surgery), or $50 per out-patient visit. However, haemodialysis treatments are covered to a maximum of $220 per treatment. In such cases, the *Régie* reimburses the associated professional services. Services must be dispensed in a recognized establishment accredited as a hospital or hospital centre by the competent authorities. No reimbursements are made for nursing homes, spas or similar establishments.

Students, trainees, Quebec officials posted abroad, missionaries and employees of non-profit organizations working under programs of international aid or cooperation recognized by the Ministry of Health and Social Services, must contact the *Régie* in order to ascertain their eligibility. If the *Régie* recognizes them as having special status, they receive 100 percent reimbursement in hospital insurance benefits in case of emergency or sudden illness, and 75 percent reimbursement in other cases, when the services are dispensed in the area of their posting.

Costs for insured services provided by physicians, dentists, oral surgeons and optometrists are reimbursed at the rate that would have been paid by the *Régie* up to the amount of the expenses actually incurred. All services insured in the province are covered abroad, usually in Canadian funds, at the Quebec rate.

Beneficiaries requiring medical services in hospital abroad for services unavailable in Quebec or elsewhere in Canada are reimbursed 100 percent with prior consent for medical and hospital services meeting certain conditions. Consent is not given if the hospital service is available in Quebec or elsewhere in Canada.

Permanent Moves out of the Province

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered for up to three months after leaving the province.

Coverage is immediately discontinued as of the first day that insured residents move permanently to another country.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

Everyone has the right to receive adequate health care services without any kind of impediment.

There is no extra-billing by physicians in the Province of Quebec. While the majority of physicians practise within the provincial plan, Quebec allows two other options: professionals who have withdrawn from the plan and practise outside the plan, but agree to remuneration in accordance with the provincial fee schedule; and non-participating professionals who practise outside the plan

entirely, so that neither they, nor their patients, receive reimbursement from the *Régie*.

As of January 1, 1999, Quebec counted 126 institutions operating as hospital centres for a clientele suffering from serious diseases with 23,545 beds allotted to these institutions. Moreover, from April 1, 1997, to March 31, 1998*, hospital institutions counted more than 786,000 admissions for short-term stays and registrations and close to 273,000 registrations for day surgeries. These hospitalizations represented a total number of more than 6,781,492 patient-days.

Payment to Hospitals

The financing of a hospital centre by the Ministry of Health and Social Services is carried out through a system of payments in respect of the cost of insured services provided.

The payments transferred in 1997-1998* to institutions operating as hospital centres for insured health services for Quebec residents have amounted to $4.96 billion and payments transferred to hospital centres outside Quebec amounted to approximately $75.005 million.

System of Payment for Medical Care

Physicians are paid in accordance with a negotiated fee schedule. Physicians who have withdrawn from the health insurance plan are paid directly by the patient in accordance with the fee schedule after the patient has collected from the *Régie*. Non-participating physicians are paid directly by the patients according to the amount charged.

Reasonable Compensation

Provision is made in law for reasonable compensation for all insured health services rendered by health care professionals. The Minister may enter into an agreement with the organizations representing any class of professionals in the health care field, prescribing a different remuneration for medical services where the number of professionals is insufficient. The Minister may also provide a different remuneration for physicians during the first years of practice or specialty according to the territory of practice and the nature of activities. These provisions are preceded by consultation with organizations representing health care professionals.

In 1998-1999, the *Régie* had paid $2.194,6 billion to doctors in the province and the amount evaluated for medical services outside the province had reached $8.9 million.

Extended Health Care Services (EHCS)

Nursing home intermediate care, adult residential care and home care services are available with admission coordinated through a regional admission system and based on a single assessment tool. Local community services centres (*centres locaux de services communautaires*) receive individuals, evaluate their care requirements and either arrange for the provision of such services as day-centre programs or home care, or refer them to the appropriate agency.

Some home care services are offered by the provincial Ministry of Health and Social Services, including nursing care and assistance, homemaker services and medical surveillance.

Residential facilities and long-term care units in short-term care hospitals focus on the maintenance of autonomy and functional capacities of their clients by providing a variety of programs and services, including health care services.

* Latest year for which figures are available.

Ontario

Public Administration

The insured health program in Ontario is established under the *Health Insurance Act* to provide insurance in respect of the cost of services in hospitals and health facilities, by physicians and by other health care practitioners. The health program is administered on a non-profit basis by the Ministry of Health. The accounts and transactions are audited by the Provincial Auditor and are published in the Public Accounts of Ontario.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured in-patient hospital services include accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; use of operating rooms, obstetrical delivery room and anaesthetic facilities.

Insured out-patient services include laboratory, radiological and other diagnostic procedures; use of radiotherapy, occupational therapy, physiotherapy and speech therapy facilities, where available; use of diet counselling services; use of home renal dialysis and home hyperalimentation equipment, supplies and medication; provision of equipment, supplies and medication to haemophiliac patients for use at home; cyclosporine to transplant patients, zidovudine, didanosine, zalcitabine and pentamidine to patients with HIV infection, biosynthetic human growth hormone to patients with endogenous growth hormone deficiency, drugs for treatment of cystic fibrosis and thalassemia, erythropoietin to patients with anaemia of end-stage renal disease, alglucerase to patients with Gaucher disease, and clozapine to patients with treatment-resistant schizophrenia. A visit to a hospital for the administration of a rabies vaccine is an out-patient service to which an insured person is entitled without charge.

Uninsured hospital services include additional charges for preferred accommodation unless prescribed by a physician; telephones; televisions; charges for private-duty nursing; cosmetic surgery under most circumstances; provisions of medications for patients to take home from hospital, with certain exceptions; and in-province hospital visits solely for the administration of drugs, subject to certain exceptions.

In addition to the insured hospital benefits, Ontario provides long-term care services; mental health services, including the operation of provincial psychiatric hospitals; the residential component of the Homes for Special Care Program; ambulance services (air and land) with a patient co-payment component; dental treatments for patients with cleft lip/palate registered at a designated clinic; and funding for a Breast Screening Program.

Medical Care Plan

Insured medical services include all prescribed medically necessary services provided by physicians. Insured physician services in facilities, physicians' offices or in a patient's home include diagnosis and treatment of medical disabilities and conditions; medical examinations and tests; surgical procedures; maternity care; anaesthesia; radiology and laboratory services in approved facilities; and immunizations, injections and tests. Insured hospital surgical-dental services include repair of traumatic injuries; surgical incisions; excision of tumors and cysts; treatment of fractures; homeografts; implants; and alloplastic reconstructions and other specified dental procedures where it is medically necessary that they be rendered in hospital.

In addition to the basic insured health services, the Ministry of Health also provides funding for periodic oculo-visual assessments by optometrists; a drug benefit program for persons who are legally entitled to remain in Canada and reside in Ontario, and who belong to one of the following groups:

- people 65 years of age and older
- residents of long-term care facilities
- residents of Homes for Special Care
- people receiving professional services under the Home Care Program
- Trillium Drug Program recipients
- people receiving social assistance (General Welfare or Family Benefits)

Effective July 15, 1996, all recipients pay a portion per prescription toward the dispensing fee.

The Trillium Drug Program is available to all persons eligible for OHIP who spend a large part of their income on prescription drugs. The Ministry also provides an assistive devices program that provides such items as home oxygen, artificial limbs, hearing aids, communication and visual aids, wheelchairs, respiratory equipment and supplies, and an annual grant for needles and syringes for insulin-dependent senior diabetics; a northern health travel grant program; and, with some limitations, the services of chiropractors, midwives, osteopaths and podiatrists, and physiotherapy in approved facilities.

Uninsured services include travelling to visit an insured person outside the area of the practice; toll charges for long-distance telephone calls; preparing or providing a drug, antigen, antiserum or other substance; advice given by telephone at the request of the insured person or the person's representative; an interview or case conference; preparation and transfer of records at the insured person's request; a service that is received wholly or partly for the production or completion of a document or the transmission of information in specified circumstances; the production or completion of a document or the transmission of information to any person other than the insured person in specified circumstances; provision of a prescription when no concomitant insured service is rendered; cosmetic surgery; acupuncture procedures; psychological testing; group screening programs; and research and survey programs. This is not an exhaustive list and is subject to exceptions. Refer to section 24 of Reg. 552 under the *Ontario Health Insurance Act* and to the Schedule of Benefits for physicians.

Universality

With certain exceptions, all residents of Ontario are eligible for coverage, subject to a three-month waiting period. Regulations under the *Ontario Health Insurance Act* define those types of persons who are residents of Ontario, as well as those who are subject to the three-month waiting period (refer to section 11 of the *Ontario Health Insurance Act* and O. Regs. 490 and 491/94).

Every resident of Ontario is required to register. All insured hospital, medical and dental services to which federal contributions are related are available to Ontario residents on uniform terms and conditions.

Portability

Minimum Residence

Subject to certain exceptions, new or returning residents who apply to become insured persons are subject to a three-month waiting period before they are eligible for or entitled to insured health services (refer to O. Reg. 491/94).

Each resident must make a permanent and principal home in Ontario for a minimum of 153 days in any 12-month period.

In accordance with the Interprovincial Agreement on Eligibility and Portability, it is possible for residents to maintain continuous coverage while temporarily working or studying in another Canadian province. To avoid a lapse in coverage, the person should notify the Ministry of Health about an intended absence.

An insured person can also maintain continuous coverage while temporarily out of the country for reasons such as work or study. However, the individual must notify the Ministry prior to leaving and receive confirmation of eligibility. Restrictions apply to the nature and duration of out-of-country absences.

Payment Arrangements in Canada

Ontario participates in reciprocal agreements with all other provinces and territories for insured hospital in- and out-patient services. Payment is at the in-patient rate of the Plan in the province or territory where hospitalization occurs. Ontario pays the standard out-patient charges authorized by the Coordinating Committee on Reciprocal Billing.

Ontario also participates in reciprocal billing arrangements with all other provinces and the territories, except Quebec (which has not signed a reciprocal agreement with any other province or territory), for insured physician services.

Payment Arrangements Outside Canada

Effective September 1, 1995, out-of-country emergency hospital costs are reimbursed at Ontario fixed per diem rates of:

- a maximum $400 Canadian for in-patient services,
- a maximum $50 Canadian for out-patient services, and
- a maximum $210 Canadian per dialysis treatment.

Medically necessary out-of-country physician and other eligible practitioner services (chiropractors, dentists, optometrists, podiatrists and osteopaths) as well as laboratory tests required on an emergency basis, are reimbursed at the rates listed in the Ontario Ministry of Health's Schedule of Benefits or the amount billed, whichever is less.

Where medically accepted treatment is not available in Ontario, or in those instances where the patient is threatened in terms of life or irreversible damage, the patient's Ontario physician may request approval prior to departure for full Ministry funding of out-of-country health services.

Permanent Moves out of the Province

Ontario residents who leave permanently and immediately establish residence in another province or territory of Canada are entitled to benefits for three months from the date they cease to be residents.

Accessibility

Reasonable Access

All insured persons are entitled to all insured hospital and medical services to which federal contributions relate. No resident will be refused insured services because of financial difficulties. Public hospitals in Ontario are required to accept persons admitted to hospital by physicians. A user charge for room and board in respect of chronic hospital care applies after 60 days and is permissible by virtue of subsection 19 (2) of the *Canada Health Act*. Income exemption provisions ensure access for those in financial need.

In 1998-1999, there were 188 public hospitals in the province, staffed and in operation, which included chronic, general and special rehabilitation units. More than 6,676,612 acute patient-days and 2,515,730 chronic patient-days were delivered by public hospitals during the fiscal year.

Reasonable access to physician services is ensured by an adequate supply of physicians. An Underserviced Area Program is aimed at providing residents of rural and remote areas of the province with improved access to general physician services. Four programs enhance access to health services for residents of Northern Ontario: the Northern Group Funding Plan (NGFP) and Community Sponsored Contracts (CSC) provide alternative funding arrangements that pay a group of physicians a global amount for primary care services (not fee-for-service); the

Incentive Grant Program for physicians provides financial assistance to general practitioners and specialists locating to a designated underserviced area, and the Northern Health Travel Grant financially assists patients who must travel a minimum of 100 kilometers one way in Northern Ontario or Manitoba, or a minimum of 200 kilometers one way in the rest of Ontario to receive hospital and medical specialist services.

Financial barriers limiting access to the insured services of physicians, dentists and optometrists have been removed with the passage of the *Health Care Accessibility Act*. Physicians and optometrists who bill their patients directly, and dentists, may not charge or accept payment for more than the amount payable under the Plan for rendering an insured service to an insured person.

Payment to Hospitals

Public general hospitals are paid on a budget basis, including all reasonable costs for insured services. The Ontario budget system is a prospective reimbursement system that reflects the effects of workload increases, costs related to provincial priority programs, and cost increases in respect of above-average growth in volume of service in specific geographic locations. Payments are made to hospitals on a semi-monthly basis.

Ontario paid hospitals an estimated $7.4 billion for insured services provided to Ontario residents in 1996-1997, and $6.7 billion in 1997-1998; payments to out-of-province hospitals (the reciprocal hospital billing system) totalled $46.3 million in 1997-1998, and $46.0 million in 1998-1999; and payments to out-of-country hospitals totalled $33.9 million in 1997-1998, and $31.3 million in 1998-1999.

System of Payment for Medical Care

Insured services provided by physicians and dentists in the province are paid primarily on a fee-for-service basis, according to the Schedules of Benefits within Regulation 552 of the *Health Insurance Act*. Physicians elect to opt in and bill the Plan for all services, or opt out and bill the patient for all services. In the latter instance, when the patient bills the Plan, not only must the amount billed by the physician not exceed the amount payable by the Plan, but the physician shall not accept payment until after the patient has been reimbursed, unless the patient consents. The percentage of opted-out physicians has fallen to approximately one percent since the passage of the *Health Care Accessibility Act*.

Non-participating physicians in Ontario have the option to bill the Plan directly for certain specified groups of patients, and through an associated medical group for services rendered in public hospitals, nursing homes and other institutions.

Under the *Independent Health Facilities Act*, Ontario licenses and funds independent health facilities (IHFs) for the costs of providing insured physician services to the public where these costs are not already included in the physician fees paid under Regulation 552 of the *Health Insurance Act*. There are two types of IHFs. Diagnostic IHFs are funded on a fee-for-service basis to provide most imaging and pulmonary function tests. Ambulatory care IHFs provide surgical and therapeutic procedures such as cataract surgery and retinal laser procedures, abortion, chronic-care haemodialysis, plastic surgery, laser dermatologic procedures and gynaecologic surgery. Currently, there are approximately 930 diagnostic IHFs and 25 ambulatory care IHFs that are licensed and funded in Ontario. The *Independent Health Facilities Act* also makes it illegal to charge facility costs to patients in connection with the provision of an insured physician service.

Reasonable Compensation

In 1997, the Government of Ontario concluded a three-year agreement with the Ontario Medical Association (OMA) to determine funding amounts for physician services. In 1998-1999, physician services were paid $4.3 billion. A "Schedule of Benefits Working Group," composed of Ministry of Health and OMA representatives, reviews items in the Plan's Schedule of

Benefits and reports to a joint Ministry/OMA Physicians Services Committee. An independent Resource Based Relative Value Schedule Commission was established in 1997 with a mandate to provide recommendations regarding a new relative value fee schedule for physician services. A final report is expected in 2000.

Representatives of government and the Ontario* Dental Association negotiate agreements on adjustments to the Plan's Schedule of Benefits that cover insured dental services provided in hospital.

Extended Health Care Services (EHCS)

Extended health care is provided by nursing homes funded by the Ministry of Health, as well as by homes for the aged and charitable institutions supported through the Ministry of Community and Social Services. Both acute and chronic home care services are also provided, including supplemental features such as home renal dialysis and hyperalimentation.

Ontario is undertaking a significant and comprehensive reform in the delivery, funding and administration of long-term care services that will emphasize community-based and in-home services as alternatives to traditional residential care.

* 1998-1999 - $8,164,950.15

Manitoba

Public Administration

The insured health program in Manitoba is administered by the Ministry of Health through the Manitoba Health Services Insurance Plan, established under *The Health Services Insurance Act*, to provide insurance in respect of the cost of hospital services, medical services and other health services.

The Ministry is required to submit an annual report of the Plan to the Minister of Health, including an audited balance sheet and audited statement of operating revenues and expenditures. The accounts and transactions are audited by the provincial auditor's office.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured hospital services include accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologics and related preparations; routine medical and surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; and use of radiotherapy, physiotherapy, occupational and speech therapy facilities, where available. Most out-patient services are insured, including dialysis in an approved facility. In some cases, the hospital may charge for take-home supplies of drugs and dressings.

Uninsured hospital services include additional charges for preferred accommodation; charges for private nurses; and personal services such as television, radio and telephone.

Services are not insured if provided to insured persons under other statutes.

Medical Care Plan

Insured physician services in facilities, physicians' offices or patients' homes include diagnosis and treatment of medical disabilities and conditions; medical examinations and tests; surgical procedures; maternity care; anaesthesia; x-rays and laboratory services in facilities approved by Manitoba Health; and immunizations, injections and tests. Insured dental services when provided by a licensed oral and maxillo-facial surgeon or a licensed dentist in a hospital, where a hospital is required for the proper performance of the procedures, include surgical removal of impacted teeth; repair of traumatic injuries to soft tissue in and around the mouth; and, in cases of emergency or at the special request of a medical practitioner, performing or assisting a medical practitioner in the closed reduction of fractures of mandible or maxilla.

Uninsured medical services include examinations and reports for reasons of employment, insurance, attendance at university or camp, or performed at the request of third parties; group immunization or other group services except where authorized by Manitoba Health; services provided by a medical practitioner, dentist, chiropractor or optometrist to himself or herself or any dependants; preparation of records, reports, certificates, communications and testimony in court; mileage or travelling time; advice by telephone; services provided by psychologists, chiropodists, naturopaths, podiatrists and other practitioners not provided for in legislation; in vitro fertilization; tattoo removal; contact lens fitting; reversal of sterilization procedures; and psychoanalysis.

In addition to the basic insured health services, Manitoba Health also provides, with limitations, a Pharmacare drug program; eyeglasses for seniors; contact lenses for seniors and children with congenital eye defects; prosthetic and orthotic devices and services; telecommunication devices for the profoundly deaf or speech impaired; artificial eyes; breast prostheses and surgical brassieres; dental coverage for patients with cleft lip/palate or significant congenital or hereditary dysplasia; hearing aids and orthopaedic shoes for children; an emergency air ambulance program; northern patient transportation for medical treatment; an out-of-province transportation subsidy for patients referred for medical treatment not available in the province; and, with some limitations, the services of chiropractors and optometrists. It also administers the Land Ambulance Services Program, which provides grants that may be applied toward the purchase of ambulance vehicles and equipment or to subsidize operating costs.

Universality

All residents, with the exception of members of the Canadian Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police, inmates of federal penitentiaries, and students from another province or territory, who are legally entitled to be in Canada and who make their homes in Manitoba and are physically present in the province at least six months a year, are eligible for coverage subject to certain waiting periods (see Portability section). All residents of Manitoba are required to register themselves and their dependants. All insured hospital, medical and in-hospital dental services to which federal contributions are related are available to Manitoba residents on uniform terms and conditions. No premiums are levied.

Portability

Minimum Residence

Benefits are available on the first day of the third month following the month of arrival in Manitoba for persons from another province or territory. Returning Canadians and landed immigrants arriving from outside Canada are insured on the date of arrival in Manitoba. Persons from outside Canada who are in the province with work authorizations for more than one year are eligible for coverage, provided they are physically present in Manitoba for the duration of the employment authorization. First-day coverage is also provided to discharged members of the Canadian Forces and Royal Canadian Mounted Police, and to discharged inmates of federal penitentiaries.

Persons temporarily absent from the province may continue as insured persons for up to 12 months, or up to 24 months if they are taking full-time employment outside Canada under a written contract of employment. Students who intend to return to reside in Manitoba upon completion of studies are covered for the duration of their studies, provided they are attending an accredited institution on a full-time basis. A person must be physically present in the province for at least six months of each calendar year to qualify as a resident.

Payment Arrangements in Canada

Manitoba has a reciprocal billing arrangement with all other provinces and territories, with the exception of Quebec, for insured in- and out-patient hospital services. Payment is at the in-patient rate of the Plan in the province or territory where hospitalization occurs. Manitoba pays out-patient charges at the approved standard interprovincial or interterritorial rates.

Payment for professional (medical) benefits are in accordance with the reciprocal billing agreement between provinces, except Quebec. Claims for medical services received in Quebec are submitted by the patient or physician to Manitoba Health Insured Benefits Branch for payment at host province rates.

Payment Arrangements Outside Canada

Hospital services received outside Canada due to an accident or sudden illness, while temporarily absent, are paid as follows:

- in-patient – the lesser of the actual hospital charges for the insured services provided and the per diem rate established by regulation, according to hospital bed size; and
- out-patient – the lesser of the actual hospital charges for the insured services provided and the flat rate per visit established by regulation.

When hospital services are recommended by an appropriate Manitoba specialist and approved by the Minister, but are not available or cannot be adequately provided in Manitoba or elsewhere in Canada, the Plan pays the following fees:

- in-patient—the greater of 75 percent of the actual hospital charges for the insured services provided and a per diem rate established by regulation, according to hospital bed size; and
- out-patient—the greater of 75 percent of the actual hospital charges for insured services provided and a $100 fee per visit established by regulation.

Payment for hospital services is made in U.S. funds. For physician services received outside Canada in an emergency or upon referral by an appropriate specialist and approved by the Minister, payment is made according to the current *Manitoba Physicians' Manual* in Canadian funds.

Permanent Moves out of the Province

Manitoba residents moving permanently to other parts of Canada are entitled to benefits up to the last day of the second month following the month of arrival in their new place of residence. Reciprocal agreements exist with all the provinces and territories to ensure there is no gap in continuity of coverage for necessary hospital and physician services.

Manitoba residents moving to another country are entitled to insured benefits up to the last day of the second month following the date of departure from Manitoba.

Accessibility

Reasonable Access

All insured persons are entitled to all insured hospital and medical services to which federal contributions relate.

As of March 31, 1999, Manitoba had a total of 3,971 acute care set-up beds and 772 other set-up beds (psychiatric extended treatment, palliative, chronic, long-term assessment/ rehabilitation and panelled) to serve a population of 1,142,465.

Fifty-seven percent of the population lives in Winnipeg, which has 2,169 acute care set-up beds and 502 other set-up beds. In addition, there are two hospitals that provide long-term care and one adolescent psychiatric facility.

In rural Manitoba, there are 1,802 acute care set-up beds and 270 other set-up beds, plus two federal hospitals and 18 federal nursing stations. In addition, rural Manitoba residents have access to Winnipeg acute care set-up beds.

While the number of physicians in Manitoba is comparable with other provinces, geographic and specialty shortages remain problematic. In order to attract physicians to

fill the rural vacancies, Manitoba Health, in partnership with the Regional Health Authorities, has initiated an intensive recruitment campaign. Forty-six rural physician vacancies have been filled through this process.

Payment to Hospitals

In accordance with the provisions of *The Regional Health Authorities Act*, resources are allocated to each Health Authority, which then allocate these resources to health facilities within their jurisdiction based on an Annual Health Plan.

Total Manitoba Health expenditures for acute care services during fiscal year 1998-1999 amounted to $924,893,800.

System of Payment for Medical Care

The majority of physicians in the province are paid according to a fee schedule negotiated with the Manitoba Medical Association. Roughly 28 percent of total physician remuneration is paid by arrangements other than fee-for-service, such as salary, sessional or block arrangements.

Physicians may elect to opt out of the medical insurance plan and bill their patients directly; however, no physician has currently opted out. Extra-billing beyond the rates paid by government is prohibited.

The Manitoba Medical Association and Manitoba Health have worked cooperatively toward the development of a resource-based relative value schedule of benefits for paying for anaesthetists. This process will continue with other groups of physicians as appropriate.

The total Manitoba Health expenditures for medical services during fiscal year 1998-1999 amounted to $412,022,600. This includes payments for other health services in the amount of $3,434,100 for optometric services, $9,600,000 for chiropractic services, $5,477,600 for ancillary services, and $13,438,800 for out-of-province services.

Reasonable Compensation

The five-year agreement between the Manitoba government and the Manitoba Medical Association expired March 31, 1998. The parties have agreed on an arbitration process and hearings began in late October 1998. To date, this has resulted in a 13.4 percent increase in fee-for-service remuneration over four years.

Extended Health Care Services (EHCS)

The Manitoba Health Services Insurance Plan provides insured coverage for eligible persons residing in personal care homes. Both proprietary and non-proprietary homes are licensed in the Province of Manitoba by Manitoba Health. Residents of personal care homes also pay a residential charge. Total Manitoba Health expenditures for long-term care services during fiscal year 1998-1999 amounted to $258,606,000, supporting a total of 9,141 licensed set-up personal care beds.

Manitoba Home Care is a province-wide program established to provide effective, reliable and responsive community health care services to support independent living; to develop appropriate care options to support continued community living; and to facilitate admission to institutional care when community living is no longer a viable alternative. Home Care services are delivered through the local offices of the Regional Health Authorities and include a broad range of services based on a multidisciplinary assessment of individual needs.

Medical supplies and equipment are available province-wide to eligible Home Care clients to support the client's care plan.

Saskatchewan

Public Administration

Hospital Insurance Plan

Hospital services are funded by the Government of Saskatchewan and are administered on a non-profit basis. In 1998-1999, services in the province were administered by 32 district health boards established under the *Health Districts Act*, and one health authority in northern Saskatchewan. These districts and authority have the responsibility to plan and manage the provision of health services within their boundaries. District health boards are accountable to the provincial government and to the residents they serve.

Medical Care Plan

Prior to January 1, 1988, the Medical Care Insurance Plan was administered on a non-profit basis by the Saskatchewan Medical Care Insurance Commission. The Commission was responsible to the provincial government through the Saskatchewan Minister of Health.

Since that date, the Saskatchewan Minister of Health has been directly responsible for the administration of the Medical Care Insurance Plan. The administrative activities of the Plan have been integrated into the Medical Services and Health Registration Branch of Saskatchewan Health.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

A comprehensive range of insured services is provided by hospitals, including public ward accommodation; necessary nursing services; operating room and case room facilities; surgical dressings and casts, as well as other required surgical materials and appliances; x-ray, laboratory and other diagnostic procedures; radiotherapy; anaesthetic agents and the use of anaesthesia equipment; physiotherapeutic procedures; all other services rendered by individuals who receive any remuneration from the hospital; and all drugs, biologicals and related preparations administered in hospital and approved by the Minister.

Uninsured services, either in or out of the province, include extended care within the province; private and semi-private accommodation when chosen by the patient; services provided by persons not employed by the hospital; custodial care, whether provided in hospital or at home, and care and treatment in institutions primarily concerned with mental or nervous disorders; cosmetic surgery, with certain exceptions; reversal of sterilization; electrolysis; penile prostheses; out-of-province cataract surgery and MRI unless prior and written approval has been obtained from Saskatchewan Health; certain drugs, biologicals and related preparations; transportation costs (ambulance services), except between hospitals within the same Saskatchewan city; services provided outside Canada for the treatment of cancer involving the use of cancer treatment drugs or procedures not approved in Canada; and take-home drugs and appliances.

In addition to the funding provided to health districts for insured hospital and other health services, Saskatchewan Health funds some agencies, programs and activities directly, including the Saskatchewan Cancer Agency, community clinics, the College of Medicine at the University of Saskatchewan and the Canadian Blood Services.

Prescription drugs required outside of hospitals are eligible for cost-shared benefits through the Saskatchewan Drug Plan.

Supplementary benefits include patient charges for emergency medical transportation (road ambulance and Saskatchewan government air ambulance service).

Medical Care Plan

A comprehensive range of insured services is provided by medical practitioners and dentists.

Uninsured services under medical care insurance include services covered by the *Workers' Compensation Act* or by other federal or provincial legislation; travelling; advice to patients by telephone; surgery for cosmetic purposes, with exceptions; sterilization reversals; medical reports or certificates; eyeglasses; group immunizations; services provided by a person to the self or any dependants; acupuncture; in vitro fertilization; and any mental or physical examination for the purpose of employment, insurance, judicial proceedings, etc.

In addition to the basic insured health services, the province also provides, with limitations, a prescription drug plan; a children's dental educational program; a hearing aid plan; the Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL) Program, which provides medical equipment and appliances to disabled persons; limited coverage for services provided by chiropractors and optometrists; and coverage for services provided by chiropodists.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All insured persons, as prescribed by the *Saskatchewan Hospitalization Act and Regulations*, are entitled to services covered by Saskatchewan Health. A person must be a resident of the province, that is, legally entitled to remain in Canada, who makes his or her home and is ordinarily present in the province, or any other person declared by the Lieutenant Governor in Council to be a resident, in order to become a beneficiary eligible for insured medical services. Eligibility for benefits for residents is solely dependent upon registration. No premiums are levied.

The following are ineligible: students from another province or territory entitled to or eligible for benefits in their home province or territory; members of the Royal Canadian Mounted Police; members of the regular Canadian Forces; and persons serving a term of imprisonment in a federal penitentiary.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence (General Policies)

Unmarried persons are entitled to insured services on and from the first day of the third month following the first day of residence in Saskatchewan. Married persons are entitled to insured services on and from the first day of the third month following establishment of residence by the last-arriving spouse.

Persons entitled to first-day coverage for insured health services include discharged members of the Canadian Forces and Royal Canadian Mounted Police; parolees and discharged penitentiary inmates; prisoners in a provincial jail; landed immigrants; in-patients of a mental hospital or facility; and persons nominated under the *Saskatchewan Assistance Act*. First-day coverage is available to persons from outside Canada who are in the province under a student or employment authorization issued by Citizenship and Immigration Canada.

A resident continues to be eligible for benefits during periods of temporary absence, provided that person is physically present in Saskatchewan for at least six months a year; or the person is in full-time attendance at an accredited educational institution outside the province and is intending to return to maintain residence in Saskatchewan within 60 days of completion of studies; or the person is employed outside Canada under a contractual agreement for a period not exceeding 24 months, and intends to continue residing in the province upon completion of the contract; or the person is ordinarily physically present in Saskatchewan but is temporarily absent

from the province for not more than 12 consecutive months for the purpose of a vacation, visit, business engagement or employment.

Payment Arrangements in Canada

Saskatchewan Health pays for insured hospital services at the host province or territory rates. A common claim form is used by the out-of-province or territory hospital to bill its provincial or territorial hospital insurance plan, which in turn bills Saskatchewan Health.

The Medical Services Plan pays for insured medical services provided in other provinces and territories, except Quebec, according to a reciprocal billing arrangement. Out-of-province physicians bill their own health plans for services provided to Saskatchewan residents. These costs are periodically charged back to the Branch.

Payment Arrangements Outside Canada

Insured emergency in-patient services provided in approved hospitals are paid up to a maximum rate of $100 Canadian per day.

Emergency out-patient services provided by approved hospitals outside Canada are paid up to a maximum rate of $50 Canadian per visit.

Emergency physician services covered in the province that are provided outside Canada are normally paid in Canadian funds at rates approved in Saskatchewan. Elective hospital and physician services are covered only if the treatment has received prior written approval of Saskatchewan Health.

No prior consent is required to obtain coverage for emergency physician services at Saskatchewan rates. Where approval is obtained from the Medical Services Plan prior to treatment outside the country, for a service not available in Saskatchewan or another province in Canada, physicians and health facilities may be paid a fair and reasonable fee (including exchange) charged in the place the service is obtained.

Permanent Moves out of the Province

Residents moving permanently out of the province or outside Canada are eligible for coverage for the remainder of the month in which they take up new residence outside Saskatchewan, plus the following two months.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

Saskatchewan states that reasonable access to hospital and medical services is available for Saskatchewan residents.

As of March 31, 1999, there were 71 acute care hospitals in the province. These hospitals operated 3,695 beds as of March 1999. In addition, 76 health centres provide a variety of ambulatory health services ranging from health promotion and prevention to emergency, diagnostic and treatment services. Some health centres also provide short-stay assessment/observation services. There is also one rehabilitation hospital. No user charges exist for hospital services.

There are 1,131 active physicians in the province. Effective August 1985, extra-billing by physicians, dentists, chiropractors and optometrists was banned. Under a new co-payment system introduced in 1992, chiropractors are now able to charge most patients an additional amount beyond the amount paid by the Plan.

Payment to Health Districts and Hospitals

Legislation authorizes the Minister of Health to make payments to health districts and hospitals. Saskatchewan adopted a population/needs-based funding approach in 1994-1995. Under this approach, funding is allocated to district health boards on the basis of characteristics of their population determining need. Each district health board is given a global budget defined by broad service sector (e.g., institutional acute care hospitals; institutional supportive care; home-based services), and is responsible for allocating funds within that budget to address needs and priorities identified through its needs assessment processes. Districts may also receive additional funds for providing specialized hospital programs, such as renal dialysis, specialized medical imaging and specialized respiratory services. Semi-monthly payments are made on the basis of the estimated reasonable cost of providing health services by each health district or hospital in the fiscal year.

In 1998-1999 there were 32 health districts operating under the *Health Districts Act*. In 1998, two health districts were established in northern Saskatchewan. The Athabasca Health Authority was established in 1999 to manage health services for the Athabasca Basin in northern Saskatchewan. Health districts receive funding for all hospitals within their boundaries, as well as for health centres, special-care homes, ambulances, home-care services, alcohol and drug services, community health services, and mental health services and accommodation. Total funding to health districts and the Athabasca Health Authority was $1,168.9 million in 1998-1999 ($1,123.6 million operating and $45.3 million capital). Saskatchewan hospitals and health districts received $8.5 million for in-patient and $3.8 million for out-patient care provided to residents of other provinces or territories under reciprocal agreements. During 1998-1999, payments for insured hospital services provided to out-of-province Saskatchewan residents amounted to $27.2 million in Canada, and $1.0 million outside Canada, totalling $28.2 million.

System of Payment for Medical Care

The majority of insured physician and dental services are paid on a fee-for-service basis in accordance with the Medical Services Plan payment schedule and assessment rules.

Other payment arrangements, either by way of service contracts, session fees or salaries, are in place for select physician services.

Reasonable Compensation

Legislative provisions include a method for determining reasonable compensation for physicians. Under these procedures, a Medical Compensation Review Committee is established, with members appointed by the Minister of Health and the Saskatchewan Medical Association. This committee attempts to reach an agreement on the amount of money to be made available during the term of the agreement and for adjustments in the general rates of payment for insured medical services contained in the medical care payment schedule. The legislation also includes provision for a Medical Compensation Review Board, an arbitration panel that acts in the event that the Committee is unable to reach an agreement.

During 1998-1999, payments to physicians in the province totalled $259.6 million. Payments for insured physician services provided to Saskatchewan residents out of the province amounted to $10,897.6 million in Canada; and $514,300 outside Canada, totalling $11.412 million.

Extended Health Care Services (EHCS)

The province provides funding to district health boards for a variety of home care programs and other community-based support services, and for special care homes.

Home care programs delivered by district health boards provide assessment and care coordination, meals, nursing, homemaking (including personal care and respite), home maintenance, a variety of volunteer services and, occasionally, therapies. Community support programs include adult day programs and institutional respite.

Special care homes provide residential care for adults who do not require acute care but do require a greater degree of care or supervision than they could receive in their own homes.

Personal care homes are private businesses that provide residential care to individuals over the age of 18. These facilities are licensed and monitored on an annual basis under the *Personal Care Homes Act*. The Act was passed in August 1989 and proclaimed on October 1, 1991.

The province funds health districts to provide community health, mental and addiction service programs in institutional, home and community settings. Other programs delivered by health districts include community therapy and chiropody services.

Alberta

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospitalization Benefits Plan and the Health Care Insurance Plan are administered and operated on a non-profit basis. The Minister of Health is responsible for the Plans, and the accounts are audited annually by the provincial Auditor General.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured hospital services under the Hospitalization Benefits Plan include accommodation and meals at the standard or public ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations; drugs, biologicals and related preparations when administered in a hospital, except when not considered medically necessary; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities and necessary equipment and supplies, where available; use of radiotherapy, occupational therapy, speech therapy, respiratory therapy, psychiatric therapy and physical therapy facilities, where available, for in- and out-patients; services rendered by persons receiving remuneration from a hospital; semi-private or private accommodation when medically necessary; private nursing care when ordered by the attending physician and approved in accordance with hospital by-laws; pacemakers, steel plates, pins, joint prostheses, valve implants and any other goods approved by the Minister; transportation in Alberta, whether by ambulance or other commercial vehicle, to transport in- and out-patients between hospitals; out-patient goods and services including goods used in a medical procedure; and provision of designated drugs through clinics located in Edmonton and Calgary for persons with cancer, cystic fibrosis, HIV/AIDS or growth hormone deficiency, or those requiring organ transplants.

Uninsured hospital services include preferred accommodation at the patient's request; televisions; telephones; take-home drugs, appliances and biologicals; private nursing services; artificial limbs and other external prosthetic appliances; and examination for the use of third parties.

The Department of Health administers the Cleft Lip/Palate (Dental Indemnity) Program and provides funds for the Early Detection of Breast Cancer Program.

Medical Care Plan

Insured health services under the Health Care Insurance Plan include all services provided by physicians that are medically required and listed in the Medical Benefits Regulations, and those services provided by a dental surgeon in the field of oral surgery as specified in the regulations.

Services not insured under the Plan include medico-legal services; medical reports or certificates; advice by telephone (except as determined by the Minister); examinations required by a third party for drivers' licences (except as required by law for seniors just prior to their 75th birthday, and as required thereafter), employment, schools, summer camps, insurance and similar purposes; services that a resident is eligible to receive under a statute of any other province or territory, under any statute relating to Workers' Compensation or under any statute of the Parliament of Canada; services not provided by or under the supervision of a practitioner; any service determined "not medically required" by a physician, or classed as experimental; drugs, fibreglass casts and special bandages; patient or practitioner transportation costs; lab and x-ray services

performed in a facility not approved by the Minister; substance abuse, eating disorder or similar addictive behaviour treatment provided outside Alberta without prior approval of the Minister; routine dental care, dentures, eyeglasses, hearing aids, medical and surgical appliances, and supplies and services provided by a clinical psychologist.

In addition to the insured medical and oral surgical services, the Alberta Health Care Insurance Plan provides some benefits in respect of additional services under the Basic Health Services Program, including chiropractic, podiatric and optometric (for children under 19 and individuals over 65). The Plan also provides out-of-province hospitalization and medical benefits for Alberta residents and Extended Health Benefits and Non-Group Blue Cross Benefits for eligible residents.

Non-Group Blue Cross coverage is available to all registered residents on an optional basis, subject to the payment of premiums, and provides additional benefits for approved prescription drugs, accidental dental care, ambulance services, registered clinical psychological services, home nursing care, appliances and hospital care.

Separate Blue Cross Programs are available to palliative patients and MS patients.

The Extended Benefits Program provides some additional benefits for eyeglasses, and dental goods and services to residents aged 65 and older, their spouses and dependants, and eligible widows and widowers aged 55 to 64 and their dependants. Persons eligible for the Extended Benefits Program receive premium-free Blue Cross coverage.

The Alberta Aids to Daily Living Program, in cooperation with authorizers and vendors, assists individuals who have a chronic disability or illness, and individuals who are terminally ill, to secure certain basic medical supplies and equipment necessary for more independent functioning at home or in a home-like setting. Examples of supply and equipment support include medical and surgical supplies; respiratory therapy benefits; walking aids; hearing aids; wheelchairs and accessories. There are quantity limits and price maximums for some of the benefits.

The Air Ambulance Program transports residents within Alberta to receive the required level of service when ordered by a physician. All air ambulance transfers are funded by the provincial government. Municipalities operate or contract for ground ambulance services, which are located in 135 communities throughout the province. Ground ambulance transfers are paid by patients, through insurance or regional health authority or government programs. Most municipalities provide grants to operators to ensure ambulance services are available to their residents.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All residents of Alberta, with the exception of members of the Canadian Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police, and inmates of federal penitentiaries, are entitled to coverage under the Hospitalization Benefits Plan, provided they are registered with the Minister. Should the Minister discover a resident who is not registered, the Minister may register that resident and dependants. Registration entitles the resident to coverage for insured hospital and health services.

Registrants who object in principle to the Alberta Health Care Insurance Plan may opt out. To opt out, the individual must be registered with the Plan. Applications to opt out must be made annually.

Although Alberta has a premium system, no resident is denied coverage due to an inability to pay premiums. The Alberta Health Care Insurance Plan offers a premium subsidy and premium waiver program for residents with financial hardships. Recipients of certain social allowances, inmates of Alberta correctional institutions, and mental health patients and their dependants may receive premium-free coverage.

Seniors are required to pay premiums at the same rate as non-seniors. Lower- and middle-income seniors receive premium subsidies through the Alberta Seniors Benefit Program, Community Development.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

The minimum residence period for coverage under the Alberta Hospitalization and Medical Benefits Plans does not exceed three months.

First-day coverage is provided to people discharged in Alberta from the Royal Canadian Mounted Police and the Canadian Forces, inmates released in Alberta from federal penitentiaries, and specified persons from outside Canada who have established residence in Alberta.

A resident who is temporarily absent from the province for vacation, visit or business engagement reasons must maintain benefits for a minimum of 12 consecutive months. A resident on sabbatical leave from employment must maintain benefits for the period of temporary absence up to a maximum of 24 consecutive months. A resident who works on behalf of a religious organization approved as a registered charity, such as a missionary worker, must maintain benefits for the period of temporary absence up to a maximum of 48 consecutive months.

Coverage is maintained for the duration of the temporary absence from the province for students enrolled in full-time study at an accredited educational institution.

A resident who routinely spends periods away from Alberta must live in Alberta for the major portion of each year in order to maintain coverage. Premiums must continue to be paid during a temporary absence (premium assistance programs apply as for in-province coverage).

Regardless of the reason for temporary absence, residents are required to notify Alberta Health as soon as it appears likely that treatment for a single accident or illness will continue for more than three months.

Payment Arrangements in Canada

Payment for insured hospital and medical services provided to eligible Albertans elsewhere in Canada is at the rate approved by the hospital insurance plan of the province or territory in which the goods or services are provided, unless the Minister has entered into an agreement with the government of a province or territory to apportion the costs in a different manner.

Payments for insured medical services provided to eligible Albertans elsewhere in Canada are at the host provincial or territorial rates, including Quebec.

Prior approval is required for the treatment of alcohol and substance abuse, eating disorders and similar addictive/behavioural disorders, whether the treatment is out-of-province or out-of-country.

Payment Arrangements Outside Canada

Hospitalization benefits are payable only when services are provided in active treatment general hospitals that provide standard services such as I.C.U. or emergency ward or auxiliary hospitals that provide standard acute care services to long-term or chronically ill patients. If services are not insured in the province, they are not insured when provided outside the country.

The maximum amount payable for out-of-country in-patient hospital services is $100 per day (not including day of discharge). The maximum out-patient per visit rate is $50. Some specialists' out-patient services, such as CAT scans, are paid at higher rates.

Benefits for out-of-country practitioner services are payable according to the fee charged or the Alberta rate, whichever is the lesser.

Full coverage of treatment costs outside Canada may be provided under the following two programs:

- the Out-of-Country Health Services Program, which may apply where the required service is not available in Canada; and
- the Emergency Financial Assistance Program, which may apply where the treatment expense could not have been guarded against.

Permanent Moves out of the Province

A resident leaving Alberta for the purpose of establishing permanent residence in another province or territory must continue coverage for the period beginning the day of leaving Alberta and ending on the last day of the second month following the month of arrival in the new province or territory, unless the period is extended by the Minister in special circumstances.

A resident establishing permanent residence outside Canada is entitled to continued coverage under the Plan, if the Minister is notified, for the period beginning the day of leaving Alberta and ending one, two or three months, as prescribed by the Minister, from that date, unless the period is extended by the Minister due to special circumstances.

A resident establishing permanent residence outside Canada is not entitled to continued coverage until all arrears of premiums have been paid as well as premiums applicable to the period of continuing coverage.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

In 1998-1999, Albertans had access to acute care hospital services through 96 facilities and to long-term care services through 160 traditional long-term care facilities throughout the province. Acute care hospitals operated over 6,300 beds, and long-term care operated 13,767 beds. Per diem accommodation rates for long-term residents effective April 1994 are $24.75 (standard), $26.25 (semi-private) and $28.60 (private). The charge is compatible with the exclusions provided for under subsection 19(2) of the *Canada Health Act*. In Alberta's health system, Albertans also have access to insured diagnostic and treatment services through private clinics under contract to the Regional Health Authorities (RHAs) and community health centres. New models of continuing care are being evaluated across the province.

Payment to Hospitals

Hospitals are funded by the RHAs, mainly through global budgets.

Expenditures for out-of-province hospital and medical care were $39 million in 1998-1999.*

System of Payment for Medical Care

Most physicians are paid on a fee-for-service basis. Medical practitioners are encouraged to bill the Plan, but are also allowed to bill the patient, who may then request reimbursement from the Plan. Extra-billing for medical practitioners was terminated in Alberta on October 1, 1986.

Reasonable Compensation

In June 1998, Alberta Health and the Alberta Medical Association signed a five-year master agreement governing the provision of physician services to Albertans, covering 1998-1999 to 2003-2004. All prior agreements were terminated and superseded by this new agreement. The agreement covers three years of financial arrangements, 1998-1999 to 2001-2002, under which Alberta Health and Wellness provides the Alberta Medical Association with a negotiated hard cap to pay for the fee-for-service billings by physicians and a number of physician benefit

* Preliminary 1998-1999 actuals.

programs. The agreement was ratified by a majority of the Alberta Medical Association membership.

Preliminary actuals in 1998-1999 indicate that medical services expenses were $864 million under an agreement between Alberta Health and the Alberta Medical Association for physician services.

Extended Health Care Services (EHCS)

Alberta's Traditional Long-Term Care Centres provide room and board and a range of care services, from personal care with nursing supervision to skilled medical and therapeutic services. In most instances, these auxiliary hospitals and nursing homes are now referred to as Continuing Care Centres and they meet the needs of residents with similar care requirements. Funding for Continuing Care Centres has been transferred from Alberta Health to the 17 RHAs. RHAs either operate Continuing Care Centres or sign contracts with voluntary or private operators to deliver these services.

The Home Care Program is also delivered through the authorities and provides a variety of professional health and support services to assist individuals of all ages to return or remain at home. All Home Care Programs provide assessment, case coordination, and nursing and support services such as personal care and home support. Other services may include occupational, physical and respiratory therapy, speech-language pathology, social work and nutrition services.

Admission to the continuing care system, which includes Home Care, Continuing Care Centres and Adult Day Programs, is based on a functional assessment of the individual's need, using the Alberta Assessment and Placement Instrument (AAPI). The Single Point of Entry (SPE) process was developed to provide a single point of access to individuals seeking facility- or community-based long-term care. Its purpose is to ensure that all possible community options are explored before facility-based care is considered. Home Care staff conduct assessments, identify needs in cooperation with clients and their families, and recommend health and support services that best suit these needs.

Alberta Health also administers the Alberta Aids to Daily Living (AADL) Program. The purpose of AADL is to enhance the independence of clients living at home who have a chronic or terminal illness or disability, by assisting them with the provision of Program-approved medical equipment and supplies. Clients are assessed for eligibility by authorizers working in community care, continuing care or acute care settings.

Mental health services delivered by the Provincial Mental Health Advisory Board (PMHAB) include community clinics, two mental health hospitals, two care centres, 67 community mental health clinics and non-profit community agencies. Services provided by the clinics include assessment and treatment of individuals and families, and consultation to physicians, health facilities, health units, schools and community agencies. Two mental health hospitals provide assessment, treatment and rehabilitation for adults with mental illnesses, including mentally ill offenders, and for adults with brain injuries. Two residential care centres provide long-term rehabilitation programs, for people with severe mental illness. In 1997-1998, the PMHAB funded more than 200 agencies and programs, such as assessment units, assisted apartment living, group homes, drop-in centres, counselling services, suicide prevention programs and family violence interventions.

The PMHAB also provides the governance function for four mental health provincial programs: Forensic Psychiatry, Geriatric Psychiatry, Adult Tertiary Care and Brain Injury.

In 1998-1999, the Ministry provided $80.2 million to the Alberta Cancer Board to support its operating and various research programs.

Other services provided by RHAs include specialized psychiatric services located in 17 hospitals throughout the province. Family physicians, Home Care Programs and Continuing Care Centres also provide services to people with mental illness.

British Columbia

Public Administration

Hospital Services and Medical Care Plans

Hospital services are funded, on a non-profit basis, by the Regional Programs of the Ministry of Health. This Program is responsible to the provincial government for funding of hospital services.

The Medical Services Plan of British Columbia is administered and operated on a non-profit basis by the Medical Services Commission, a public authority designated by statute. The Commission is responsible to the provincial government for the administration and operation of the Plan.

Regional Programs and the Medical Services Commission are subject to audit of their accounts and financial transactions by the Auditor General of British Columbia.

Comprehensiveness

Hospital Insured Services

Insured in-patient services provided by hospitals are accommodation and meals at the standard or public ward level; necessary nursing services; laboratory and radiological procedures and necessary interpretations together with such other diagnostic procedures as approved by the Minister; clinically approved drugs, biologicals and medical supplies, when administered in a general hospital specified in the *Hospital Insurance Act*; routine surgical supplies; use of operating room and case room facilities; anaesthetic equipment and supplies; use of radiotherapy, physiotherapy and occupational therapy facilities, where available; and other services approved by the Minister that are rendered by persons who receive remuneration from the hospital. Qualified persons not requiring in-patient hospital care may receive emergency treatment for injuries or illness and operating room or emergency room services for surgical day care and minor surgery, including the application and removal of casts.

Hospital out-patient benefits include out-patient renal dialysis treatments in designated hospitals or other approved facilities; diabetic day-care services in designated hospitals; out-patient dietetic counselling services at hospitals with qualified staff dieticians; psychiatric out-patient and day-care services; physiotherapy and rehabilitation out-patient day care services; cancer therapy and cytology services.

For out-patients, take-home drugs and certain hospital drugs are not insured, except those provided under the provincial Pharmacare program. Other procedures excluded under the *Hospital Insurance Act* are diagnostic out-patient services not associated with emergency services; the services of medical personnel not employed by the hospital; treatment for which the Workers' Compensation Board, the Department of Veterans Affairs or any other agency is responsible; transportation to and from hospital; in vitro fertilization; cosmetic services solely for the alteration of appearance; and reversal of sterilization procedures. Uninsured hospital services also include preferred accommodation at the patient's request, televisions, telephones and private nursing services.

Medical Care Plan

The Medical Services Plan provides for all medically required services of medical practitioners, and specified dental/oral surgery when it is necessary for it to be performed in hospital by a dental/oral surgeon. The broad category of services covered includes consultations; complete examinations; home visits; major and minor surgery; obstetric

services; surgical assistance; anaesthesia; diagnostic/therapeutic procedures; special and miscellaneous services; other office procedures; and other hospital procedures performed by a physician or dentist.

Services not insured are those covered by the *Workers' Compensation Act* or by other federal or provincial legislation; provision of non-implanted prostheses; orthotic devices; proprietary or patent medicines; any third-party request for a medical examination or certificate; oral surgery rendered in a dentist's office; acupuncture; group immunizations; telephone advice; reversal of sterilization procedures; in vitro fertilization; medico-legal services; cosmetic services; and preventive medical counselling, for example, smoking withdrawal programs.

In addition to the basic insured health services, the province also provides screening mammography services; hearing devices at competitive prices; oral surgery and orthodontic treatments for patients aged 20 years or younger with cleft lip/palate or severe congenital facial abnormalities; and, with some limitations, the services of chiropractors, naturopaths, optometrists, physical therapists, massage-therapy practitioners and podiatrists.

The Pharmacare program provides full or partial assistance with the cost of designated prescription drugs; ostomy and mastectomy supplies; prosthetic devices and orthotic bracing for children 19 years of age and under; needles and syringes for insulin-dependent diabetics; and blood-glucose testing strips for diabetics with a Certificate of Training from a recognized training centre. Coverage is limited to expenses incurred within British Columbia.

Ambulance services are provided within the province by the British Columbia Ministry of Health through the Emergency Health Services Commission, with a nominal charge to the patient.

Universality

Hospital Services and Medical Care Plans

All residents, excluding members of the Canadian Forces and the Royal Canadian Mounted Police, inmates of federal penitentiaries and those eligible for compensation from another source, are entitled to hospital and medical care insurance coverage.

As of April 1, 1998, residents must be enrolled in the Medical Services Plan to receive insured hospital services. There are no additional premiums.

There are no premiums for insured hospital services. However, there is a daily charge for extended-care hospital services for patients over the age of 19. The client rate, representing the cost of accommodation and meals, is established once a year. At the end of 1998-1999, the maximum non-subsidized rate was $50 a day. Residents of limited means are eligible for assistance, on a sliding scale, being 85 percent of the Old Age Security and Guaranteed Income Supplement. In certain circumstances there is a provision to waive a portion of the $25.30 fee. Client rates of less than $50 per day are reviewed quarterly and patients are advised one month before any changes.

Enrolment in the Medical Services Plan is mandatory, and payment of premiums is ordinarily a requirement for coverage. However, failure to pay premiums is not a barrier to coverage for those who meet the basic enrolment eligibility criteria. Residents of limited means may be eligible for premium assistance. There are five levels, ranging from 20 percent to 100 percent of the full premium.

Portability

Hospital Services and Medical Care Plans

Minimum Residence

The minimum residence requirement for hospital insurance and medical care coverage is a waiting period ending at midnight on the last day of the second month following the month in which the individual becomes a resident.

The Plan provides first-day coverage to discharged members of the Royal Canadian Mounted Police and the Canadian Forces, and to released inmates of federal penitentiaries. However, if discharged outside British Columbia, they must wait the prescribed period. Coverage is available to landed immigrants who have completed the waiting period. Also after the waiting period, coverage is available to persons from outside Canada who are in the province on work permits or student visas, provided the permits or visas are valid for at least six months, and have been issued at the time of admission to Canada.

Individuals who leave the province temporarily on extended vacations or for temporary employment may be covered for up to 12 months. Effective January 1, 1998, approval is limited to once in five years for such absences exceeding six months in a calendar year. Residents may take annual vacations of up to six months, provided they are physically present in Canada for six months each calendar year.

Persons attending school outside Canada may be entitled to coverage for up to five years while away from the province. Those attending school in another Canadian province or territory may be entitled to coverage for the duration of studies.

Payment Arrangements in Canada

According to interprovincial and inter territorial reciprocal billing arrangements, physicians, except in Quebec, bill their own medical plans directly for services rendered to eligible British Columbia residents, on presentation of a valid Medical Services Plan card (CareCard). British Columbia then reimburses the province or territory at the rate of the fee schedule in the province or territory in which services were rendered.

For in-patient hospital care, charges are paid at the standard ward rate actually charged by the hospital. For out-patient services, the payment is at the interprovincial and inter territorial reciprocal billing rate. Payment for these services, except for excluded services that are billed to the patient, is handled through the interprovincial and interterritorial reciprocal billing procedures.

Payment Arrangements Outside Canada

With prior authorization, coverage is provided for hospital service not available in Canada at the hospital's usual and customary rate. In other circumstances, with prior authorization, in-patient coverage is at the established standard ward rate. Renal dialysis day care is available at the interprovincial and inter territorial Canadian rate. In all other cases, including emergency or sudden illness during temporary absences from the province, in-patient hospital care is paid up to $75 Canadian per day for adults and children, and $41 Canadian per day for newborns.

Out-of-country medical services are covered for emergency or sudden illness during temporary absences from the province. These are paid up to the same fee payable for that service, had it been performed in British Columbia. Cases pre-authorized because of extenuating circumstances, however, are paid at the rate applicable

where the service is rendered. With prior authorization, payment for non-emergency medical services outside the country may be made at usual and customary rates, when the appropriate treatment is not available in the province or elsewhere in Canada.

The attending specialist must request prior consent from the Ministry of Health. Consent may be given based on the merit of each request, even though the service is available in the province or elsewhere in Canada.

Elective services are provided only with prior authorization by both the Medical Services Plan of British Columbia and the Regional Programs.

Permanent Moves out of the Province

Persons moving permanently to another part of Canada are entitled to coverage to the end of the second month following the month of departure. Such persons may be extended coverage, not to exceed three months, for a reasonable period of travel.

Persons moving permanently outside Canada are entitled to coverage to the end of the month of departure.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

British Columbia declares that there is reasonable access to hospital and medical care services. At the beginning of the fiscal year, for acute/rehabilitation care hospitals, there were 104 physical sites with a total of 8,834 beds; and three rehabilitation hospital sites with a total of 242 beds. The number of beds available totalled 9,076. In addition, there were 17 Diagnostic and Treatment Centres and six Red Cross Outposts.

Patients admitted to acute/rehabilitation care during the fiscal year totalled 351,808, with total patient-day services of 2,576,747. Included in this total were 243,689 alternative level of care days.

The province also offers access to care services for extended care patients. In 1998-1999, these care units and the associated beds were offered in 100 acute/rehabilitation hospital and continuing care facility sites. The total number of extended care hospital beds available was 8,018.

Patients/residents admitted to these units totalled 5,855, with total patient-day services of 2,950,570.

[Note on differences in reporting from previous years: with regionalization and the devolution of authority to regional health authorities, hospital societies are no longer the governing bodies for hospitals in the province. Therefore, references to physical sites are more appropriate than societies. In addition, the tracking of bassinets for infants is no longer being maintained. Finally, extended care beds now include facilities other than those authorized under the *British Columbia Hospital Act*.]

Payment to Hospitals

Scheduled contribution payments to Health Authorities are made by the Ministry of Health, based on annual operating grants determined by the Ministry. The Health Authorities determine the funding for each hospital.

In 1998-1999, the budget for acute care services, including contributions to health authorities for hospital operations and contributions to other acute care services, was $3.1 billion. Payments to out-of-province hospitals included in the foregoing amount totalled $45.4 million for insured services provided to British Columbia residents.

System of Payment for Medical Care

Payment for medical services delivered in the province is made through the Medical Services Plan to individual physicians, based on billings submitted. The patient is not normally involved in the payment system. Ninety-eight percent of the claims are submitted electronically through the Teleplan System, while the remaining two percent are submitted on claim cards by low-volume physicians and other health care practitioners.

The Medical Services Commission also funds certain medical services through alternative payment arrangements. An Alternative Payments Branch provides funding to some 360 health care agencies that retain physicians to deliver approved programs. Approximately 1,900 physicians have voluntarily entered into alternative payment arrangements with these agencies, and receive part or all of their income through salaries, sessions or service agreements. A variety of alternative payment arrangements is currently being explored, including population-based funding for family practice.

Reasonable Compensation

Compensation for medical practitioners is based on a fee schedule established by the Medical Services Commission, with the advice of the British Columbia Medical Association. Other health care practitioners offering insured services have individual fee schedules approved by the appropriate co-managed tripartite special committees.

The *Master Agreement* between the Medical Services Commission, the Government of British Columbia and the British Columbia Medical Association, signed in December 1993, will be in place until March 31, 2000. Key elements include a binding dispute resolution mechanism, and participation by the Association and the Commission. One component of the agreement is a *Working Agreement*, in place between 1992-1993 and 1996-1997, revised for April 1, 1996, to March 31, 1998. For 1998-1999, the Commission recommended, and the government accepted, an additional $32.9 million to the Available Amount (AA) (i.e., budget), which covered a 1.8 percent change in utilization and a 0.5 percent fee increase. The 1999-2000 AA is currently being negotiated.

As of April 1, 1996, a reserve fund was established at $26 million, which was available to offset over-runs if the cap was exceeded. An additional $4 million was added to the reserve in 1997-1998. Since then, further additions to the reserve have been made: $20 million for 1998-1999 and $15 million for 1999-2000.

During 1998-1999, the Plan's payments to physicians, supplementary benefit practitioners and program management in the province totalled an estimated $1.85 billion. For physician services provided out-of-province, the Plan paid approximately $18.9 million, of which approximately $16.2 million was for reciprocal payments to other provinces or territories.

Extended Health Care Services (EHCS)

The Regional Programs of the Ministry of Health funds a comprehensive range of community-based supportive care services to assist people whose ability to function independently is affected by long-term health-related problems or who have acute care needs that can be met at home. Services include case management; in-home support services (home support, community home nursing care, physical therapy, occupational therapy, dietician counselling, social worker services, and meals programs); residential care services (family care homes, group homes, personal, intermediate and multi-level care homes, private hospitals, extended-care units and special-care units); and special support services (adult day centres, respite care, and assessment and treatment centres). Services are delivered at the community level through the health authorities.

Residential care services provide care and supervision in a protective, supportive environment for adults who can no longer be looked after in their own homes.

Community home-nursing care services provide professional nursing care to people of all ages in their own homes. These services are available on a non-emergency basis.

and include assessment, teaching and consultation, care coordination, and direct nursing care for clients requiring chronic, acute, palliative or rehabilitative services.

Home support services provide non-professional assistance with personal care and housekeeping, and adult day centres offer a centre-based program of health, social and recreational activities.

Yukon

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Yukon's Hospital Insurance Services Plan and Health Care Insurance Plan are administered by employees appointed pursuant to the *Public Service Act*. Both plans are non-profit and are subject to audit by the Yukon Office of the Internal Auditor and the Auditor General's office.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured in-patient hospital charges include accommodation and meals at the standard ward level; all necessary nursing services; all laboratory, x-ray and diagnostic procedures; all drugs, biologicals and appliances prescribed by a physician and administered in hospital; operating room, case room and anaesthetic facilities; routine surgical supplies; radiotherapy and physiotherapy services; and services rendered by persons who are paid by the hospital.

In-patient days of care provided by active treatment centres are fully insured. Preferred accommodation is also insured if medically necessary. Out-patient visits to approved active treatment centres, where the purpose of the visit cannot be accomplished outside of a hospital context, are fully insured at prevailing approved rates.

Insured out-patient services include laboratory, radiology and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations to assist in diagnosis and treatment of any injury, illness or disability; necessary nursing services; drugs, biologicals and related preparations when administered in hospital; use of operating room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; and services rendered by persons who are paid by the hospital.

Non-insured services include non-resident hospital stays (e.g. medical boarding); drugs and biologicals required following discharge; preferred accommodation surcharges when not medically necessary; special services at the patient's request, such as television charges, and private nursing when not medically necessary.

Medical Care Plan

Insured services are defined as medically required services rendered by a medical practitioner. Dental services are limited to those dental-surgical procedures scheduled in the regulations, requiring the unique capabilities of a hospital for their performance (e.g. surgical correction of prognathism or micrognathia).

Non-insured services include medico-legal services, including examinations and reports relating thereto, and testimony in court or provision of evidence in legal proceedings; detention time; insured services rendered by a medical practitioner to the self or any dependants, except where the Director decides otherwise; issuing prescriptions; the dispensing by a medical practitioner of medicines, drugs or medical appliances; the fitting and supply of eyeglasses; routine dental care including dental x-rays; services rendered for third parties; cosmetic services unless specifically approved by the Plan's Medical Advisor; reversal of sterilization procedures; medical reports or certificates; group immunizations; telephone advice; acupuncture; services provided by podiatrists, osteopaths, naturopaths, orthodontists, chiropractors and physiotherapists; dental surgery performed outside a hospital; and laboratory and x-ray procedures performed in facilities not approved by the Plan.

In addition to insured benefits covered under the Yukon Health Care Insurance Plan and administered by the Yukon Department of Health and Social Services, supplementary benefits are provided under Health Benefits Program legislation, including Pharmacare and Extended Health Care Benefits for seniors; and a Chronic Disease and Disability Program. For insured services not available in the community, there is also a Travel for Medical Treatment Program that covers elective as well as emergency health transportation both within Yukon and to tertiary care centres in Alberta and British Columbia. The Program also offers subsidies for meals and accommodation for patients travelling to centres where they receive medical treatment. Audiology, psychology, speech therapy and screening mammography services are part of community health services funded by the Department.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All Yukon residents, with the exception of members of the Canadian Forces and the Royal Canadian Mounted Police and inmates of federal penitentiaries, are entitled to full coverage under the Plans. Services that are medically required are provided on uniform terms and conditions to all bona fide residents of Yukon. "Resident" is defined using the wording of the *Canada Health Act*.

The *Yukon Health Care Insurance Plan Act* requires registration of self and dependants upon establishing residence. Eligibility is not linked by statute or regulation to registration. No premiums are levied.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

All terms and conditions of the Agreement on Eligibility and Portability are fully complied with. Definitions have been rendered consistent in regulations, policies and procedures. An insured person is eligible for insured services after midnight on the last day of the second month following the month of arrival in Yukon.

First-day coverage is provided for returning Canadians, landed immigrants, and persons discharged from the Canadian Forces, the Royal Canadian Mounted Police, and those released from federal penitentiaries. Coverage is available to persons from outside Canada who are in Yukon on work permits for one year or more. Residents must maintain a permanent residence and ordinarily be present in Yukon.

Payment Arrangements in Canada

In-patient services are paid at the standard ward per diem rate set by the relevant authority. Out-patient services and insured medical care and elective services are paid in accordance with reciprocal billing arrangements.

Payment Arrangements Outside Canada

The Yukon Hospital Insurance Services Plan will pay for out-of-country hospital services up to the Yukon rate at the discretion of the Director of Health Care Insurance.

Out-of-country hospital services are covered, in Canadian funds, provided they are comparable to services provided in Yukon. There is no exclusion of services.

Out-of-country medical services are covered, in Canadian funds, provided they are comparable to services provided in Yukon. There is no exclusion of services.

The Yukon Health Care Insurance Plan will pay for out-of-country physician services at the Yukon rate.

The Plan does not require prior consent for out-of-territory services.

Permanent Moves out of the Territory

Coverage upon permanent departure is normally three months. This may be extended for periods of up to 12 months if the individual is not directly relocating.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

There are no user fees or co-insurance charges under the Hospital Plan. Hospital beds are readily available. No waiting list for admission exists. Yukon has one newly constructed acute care facility located in Whitehorse; beds staffed and in operation as of March 1998 totalled 58.

Health Canada officially transferred all health care facilities to the jurisdiction of the Yukon government on April 1, 1997.

Access to specialists and tertiary hospital care is insured through a publicly funded visiting medical specialist program and a travel-for-medical-treatment program.

There is no extra-billing in Yukon for any services provided under the Health Care Insurance Plan.

Payment to Hospitals

Approved Yukon hospitals operate on annual funding levels. Hospitals submit a budget annually to the Yukon Hospital Insurance Services Plan for review.

Payments to Yukon hospitals totalled $18,556,819 in 1998-1999. Total payments to out-of-territory hospitals equalled $5,294,529 during the same period. System of Payment for Medical Care payments to physicians are made on a fee-for-service basis in the vast majority of cases. Some insured services are rendered on a contract basis. Reciprocal billing of physician claims for services rendered to Canadian non-residents and Yukon residents receiving medical services in another province or territory was introduced on April 1, 1988.

Reasonable Compensation

Fees are negotiated with fee-for-service practitioners, depending on the duration of the agreement in force, with standing committees representing the health plan and the profession. These committees meet regularly to make redistributions, clarify practices, resolve problems and adjudicate disputed billing practices.

During 1998-1999, payments to physicians in the territory totalled $9,261,519. For physician services provided outside the territory, the Plan paid $1,432,998.

Extended Health Care Services (EHCS)

Nursing home intermediate care, adult residential care and extended-care services are provided in designated beds in hospitals, the Thomson Centre, Macaulay Lodge and the Alexander MacDonald Home for Seniors. Services include medical supervision and nursing, physiotherapy, recreation and social programs.

Northwest Territories

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospital Insurance Plan is administered by the Department of Health and Social Services, Government of the Northwest Territories. Each health and social services board of management is required to submit annual statements that have been audited by a public accounting firm.

The Medical Care Plan is administered entirely by the Northwest Territories Department of Health and Social Services. The Auditor General of Canada is responsible for auditing the accounts of the Government of the Northwest Territories.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured in-patient services include accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations; drugs, biologicals and related preparations prescribed by a physician and administered in hospital; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; use of radiotherapy and physiotherapy services, where available; psychiatric and psychological services provided under an approved program; services rendered by persons who are paid by the hospital; and services rendered by an approved detoxification centre.

Out-patient services include laboratory tests, x-rays including interpretations, when requested by a physician and performed in an out-patient facility in an approved hospital; hospital services in connection with most minor medical and surgical procedures; physiotherapy, occupational therapy and speech therapy services in an approved hospital; and psychiatric and psychology services provided under an approved hospital program.

Services considered experimental by the territories or the health community at large are not insured. Services for cosmetic surgery, preferred accommodation at the patient's request, drugs and biologicals dispensed after discharge from a hospital, telephones, televisions, private nursing services and ambulance charges, with the exception of inter-hospital transfer, are non-insured.

Under the Hospital Insurance Plan, coverage is provided for chronic and extended care. Medical and nursing care are insured services. Room and board is not an insured service. Patients must contribute to room and board based on Territorial Hospital Insurance Services (THIS) regulations.

Medical Care Plan

The Medical Care Plan insures all medically required procedures provided by medical practitioners, including approved diagnostic and therapeutic services; necessary surgical services; complete obstetrical care; eye examinations; and visits to specialists, even when there is no referral by a family physician. Dental services required as a result of injury or disease of the jaw are limited to specific oral surgery procedures provided in an approved health facility. Where the patient has attained 65 years of age or is under the age of 10 and there is no definable diagnosis, benefits shall be paid for a routine check-up once every year.

Not insured are medico-legal services; telephone advice or prescriptions given over the telephone; surgery for cosmetic purposes; medical reports or certificates; examinations on request of third parties; optometry services; acupuncture; group immunizations; in vitro fertilization; reversal of sterilization procedures; mileage charges; services

provided by a medical practitioner to family; dressings, drugs, vaccines, biologicals and related preparations; eyeglasses and special appliances; plaster, surgical appliances or special bandages; treatments in the course of chiropractics, podiatry, naturopathy, osteopathy or any other practice ordinarily carried out by persons who are not medical practitioners; physiotherapy and psychology services received from other than an insured out-patient facility; services covered by the *Workers' Compensation Act* or by other federal or territorial legislation; and routine annual check-ups where there is no definable diagnosis.

In addition to the basic insured health services, through its policies, the Northwest Territories also provides a Medical Travel Program and an Extended Health Benefits Program to assist residents with costs associated with investigation, treatment and maintenance, and for rehabilitation of long-term debilitating conditions. Benefits of the programs include drugs, medical supplies, appliances and prosthetics, and some travel benefits.

In addition, the Métis Health Benefits Program provides eligible Métis residents 80 percent coverage of full benefits afforded to Registered Indians and Inuit, pursuant to the provisions of the Federal Non-Insured Health Benefits Program, as may be amended from time to time.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Northwest Territories Plans entitle all residents of the Northwest Territories, excluding members of the Canadian Forces and the Royal Canadian Mounted Police, and inmates of federal penitentiaries, to be registered. Residence requirements are in accordance with the interprovincial Agreement on Eligibility and Portability and Northwest Territories Eligibility Guidelines. No premiums are levied.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

The minimum residence period does not exceed three months, though the Plan reserves the right to apply specific guidelines to determine whether an individual has taken up residence.

First-day coverage is provided for returning Canadians, landed immigrants, persons discharged from the Canadian Forces, or the Royal Canadian Mounted Police and returning Canadians.

Individuals who are temporarily absent from the Northwest Territories are covered for up to 12 months, provided prior notice is given.

Payment Arrangements in Canada

All hospital and medical care services are covered at the rate assessed by the host province or territory. Patients are not required to receive prior approval for insured services. Patients are not billed directly for hospital services, but may be reimbursed directly for medical care services, if required. However, benefits permitted are those determined and approved by the Northwest Territories.

Payment Arrangements Outside Canada

The Northwest Territories Health Care Plan covers insured hospital services provided out of the country up to Northwest Territories rates, paid in Canadian funds to residents.

The Plan covers insured medical services provided out of the country, up to Northwest Territories rates. If service is not available within the Northwest Territories, the Department of Health and Social Services uses the rates set by an appropriate location within Canada.

In exceptional circumstances, the Plan will cover the full cost of out-of-country insured services when the Department of Health and Social Services has given prior approval for a specific request. Such approvals are limited to situations where there is a medical referral and the service is not available in Canada.

Permanent Moves out of the Northwest Territories

Residents who move permanently to another part of Canada are provided coverage for three months as per the Eligibility and Portability Agreement. Coverage expires on the date of departure for residents leaving the Northwest Territories to establish permanent residence outside Canada.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

All residents of the Northwest Territories have access to all facilities operated by the Government of the Northwest Territories. In 1998-1999, there were six acute care hospitals in the Northwest Territories with a total of 261 beds and cribs, and 44 bassinets. Northwest Territories Health Centres provided 111 holding beds and 48 bassinets.

Payment to Hospitals

Northwest Territories hospitals are paid on a budget review basis. Hospital care outside the Northwest Territories is paid through interprovincial and interterritorial reciprocal billing agreements. Northwest Territories Hospital/Health and Social Services Boards received $118,415,710 for operating expenses in 1998-1999.

Payments to hospitals outside the Northwest Territories totalled $19,519,331 for insured services provided to Northwest Territories residents.

System of Payment for Medical Care

Physicians can be employed on salary by health boards or hospitals, or in private practice on a fee-for-service basis.

Reasonable Compensation

The Government of the Northwest Territories and the Northwest Territories Medical Association have negotiated an agreement, subsequently signed into law, as regulations of the *Medical Care Act*. These regulations covered the period starting April 1997 through March 31, 2000.

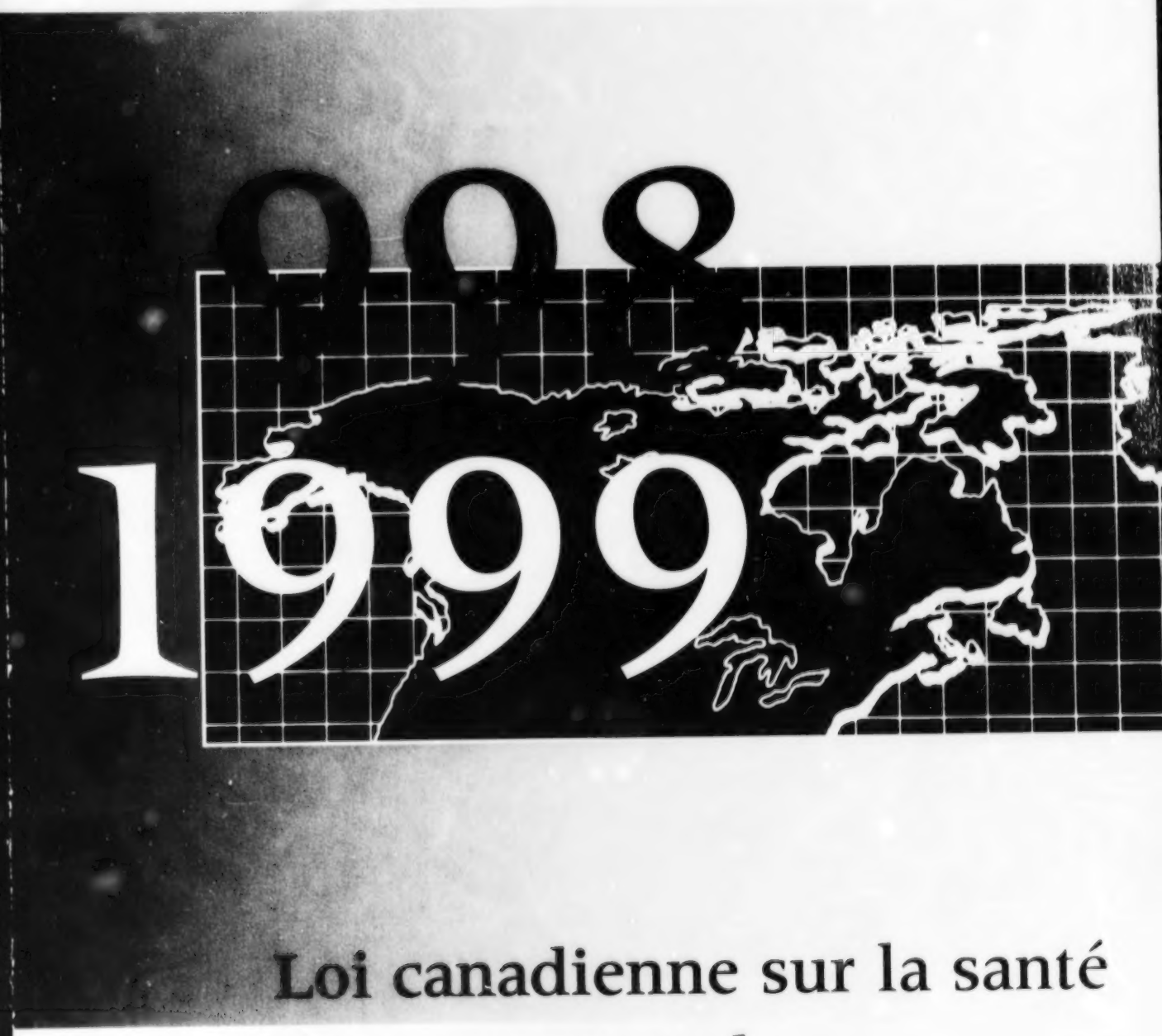
During 1998-1999, payments to Northwest Territories physicians totalled approximately $16,734,947. The Plans paid approximately $3,550,515 for physician services provided outside the territories, for a total of $20,300,838.

Extended Health Care Services (EHCS)

Nursing home-level care is supported by Territorial Hospital Insurance and provided in designated beds in facilities in Inuvik, Chesterfield Inlet, Iqaluit, Yellowknife, Hay River, Fort Smith, Fort Simpson and Baffin Regional Hospital. Where appropriate services are not available in the Northwest Territories, clients are accommodated in facilities in southern Canada.

There are 12 co-ordinated home care programs delivered by Regional Health and Social Services Boards across the Northwest Territories. These programs deliver home care services in 48 communities.

Santé Canada Health Canada



Loi canadienne sur la santé
Rapport annuel

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Pour obtenir des renseignements sur la *Loi canadienne sur la santé* ainsi que sur les documents connexes, veuillez consulter notre site Web à l'adresse :
http://*www.hc-sc.gc.ca/medicare*

La présente publication peut être produite en format électronique ou en gros caractères sur demande.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999

Cat. H1-4/1999

ISBN 0-662-64541-3

Son Excellence la très honorable Adrienne Clarkson, Gouverneure générale et Commandante en chef du Canada

Qu'il plaise à Votre Excellence,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 1999.

Je vous prie d'agréer, Madame la Gouverneure générale, l'assurance de mon profond respect.

Allan Rock
Ministre de la Santé

Avant-propos

La capacité que possède notre système de santé d'offrir des soins de grande qualité en temps opportun demeure l'une des grandes préoccupations de nombreux Canadiens et Canadiennes.

Au cours des dernières années, l'évolution de notre programme social le plus précieux a été marquée par des changements rapides et des pressions considérables. Les gouvernements, confrontés à des choix difficiles dans un contexte de restrictions financières, n'ont malheureusement pas pu mettre les budgets de la santé à l'abri du couperet. L'amélioration progressive de notre situation financière nous a permis de mettre l'accent sur l'avenir du système de soins de santé, et plus particulièrement sur certains domaines prioritaires. Les orientations futures du système, adoptées par les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux en septembre 1998, comprennent le maintien d'un système de santé public dont le financement pourra être soutenu, ainsi que la prestation d'une gamme intégrée de soins actifs, prolongés et communautaires de grande qualité. Les différents paliers de gouvernement accorderont la priorité à la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé, aux soins à domicile et aux soins prolongés, au dossier des produits pharmaceutiques, à la santé des Autochtones, au financement, aux priorités en santé de la population, notamment les enfants et la protection de la santé publique, et à l'infrastructure.

En janvier 1999, tous les premiers ministres provinciaux et les chefs des gouvernements territoriaux ont écrit au premier ministre pour renouveler leur engagement à l'égard de la *Loi canadienne sur la santé* et de ses principes : l'universalité, l'intégralité, l'accessibilité, la transférabilité et la gestion publique. Ils ont de nouveau insisté sur la nécessité de rétablir le financement fédéral au moyen du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), et confirmé qu'ils affecteront la totalité des fonds additionnels aux services et programmes de santé de base, conformément aux priorités de leurs provinces ou territoires respectifs.

Le gouvernement fédéral, pour sa part, a donné des preuves concrètes de l'importance qu'il accorde à l'avenir du système de soins de santé. Son Budget de février 1999 prévoyait un transfert aux provinces et aux territoires, en vertu du TCSPS, de 11,5 milliards de dollars au cours des cinq prochaines années. Il s'agit là du plus important montant distinct qu'a jamais affecté le gouvernement actuel à la santé, et les provinces et les territoires se serviront des fonds pour répondre aux besoins les plus pressants de la population, par exemple en ce qui concerne les listes d'attente, les salles d'urgence bondées et la disponibilité des services diagnostiques. En plus de l'augmentation des paiements en vertu du TCSPS, le Budget comprenait une somme additionnelle de 1,4 milliard de dollars qui contribuera à la santé des Canadiens et des Canadiennes en améliorant l'information sur la santé, en favorisant la recherche, en appuyant des activités qui favorisent la santé, comme les programmes de nutrition prénatale et de salubrité des aliments, en collaborant à l'élaboration de modèles novateurs en santé rurale et communautaire, et en améliorant et en renforçant les services de santé offerts aux Premières nations et aux Inuit.

L'Entente-cadre sur l'union sociale du Canada, ratifiée le 4 février 1999 par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux, sauf celui du Québec, énonce les modalités de la collaboration des gouvernements dans l'élaboration des politiques sociales au Canada. Cette entente vient s'ajouter

à la promesse faite par les premiers ministres provinciaux et les chefs des gouvernements territoriaux au premier ministre en janvier au sujet du respect de la *Loi canadienne sur la santé* et de l'affectation des fonds additionnels versés par le gouvernement fédéral en vertu du TCSPS, et au plan de travail établi par les ministres de la Santé en septembre 1998, pour assurer à la population canadienne que ses dirigeants s'uniront pour répondre à ses besoins en matière de santé et de services sociaux.

En ce qui concerne les renseignements contenus dans l'avant-propos de l'an dernier, le Manitoba a pris les dispositions nécessaires pour que le gouvernement fédéral puisse mettre fin aux déductions imposées à la province en vertu de l'article 19(1) de la *Loi canadienne sur la santé*. Je demeure confiant que la Nouvelle-Écosse saura résoudre la question de toujours en suspens liée à la politique des cliniques privées. Entre-temps, les déductions effectuées aux paiements de transfert fédéraux à la Nouvelle-Écosse se poursuivront.

Au chapitre 29, *L'appui fédéral à la prestation des soins de santé*, de son rapport de l'automne 1999, le Vérificateur général du Canada recommandait que le rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* donne plus de précisions sur la conformité des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé aux cinq conditions d'octroi de la *Loi*. Nous collaborerons avec nos homologues provinciaux et territoriaux en vue d'assurer le suivi de cette recommandation : à compter de 1999-2000, le rapport annuel renfermera de l'information plus précise sur les questions entourant la conformité à la *Loi*.

Allan Rock
Ministre de la Santé

Table des matières

Page

Introduction 1

Aperçu de la *Loi canadienne sur la santé*

Critères 3
Conditions 4
Autres dispositions 4
Règlements 5

Contributions et versements du gouvernement fédéral

Accords fédéraux-provinciaux-territoriaux de financement dans le domaine de la santé 7
Tableau—Sommaire des déductions en application de la *Loi canadienne sur la santé* .. 9
Dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs 10
Loi canadienne sur la santé — Administration 10
Comité de coordination de la facturation réciproque 11
Caisse supplémentaire d'assurance-santé 11
Renseignements 11

Régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux

Terre-Neuve 15
Île-du-Prince-Édouard 21
Nouvelle-Écosse 25
Nouveau-Brunswick 29
Québec 35
Ontario 41
Manitoba 47
Saskatchewan 53
Alberta 59
Colombie-Britannique 65
Yukon 71
Territoires du Nord-Ouest 75

Introduction

La *Loi canadienne sur la santé (LCS)* adoptée par le Parlement en 1984 est la pierre angulaire du système de soins de santé au Canada. Expression de la volonté qu'a le gouvernement fédéral de maintenir un système d'assurance-santé universel, accessible, intégral, transférable et géré par l'État, la *LCS* vise à ce que tous les résidants du Canada aient accès aux soins de santé, payés d'avance, dont ils ont besoin. Elle établit les conditions et les critères auxquels les provinces et les territoires doivent satisfaire pour avoir droit à leur pleine part des transferts fédéraux au titre des services de soins de santé.

Le présent rapport doit servir à remplir les conditions mentionnées à l'article 23 de la *Loi canadienne sur la santé*, à savoir :

> *Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi; le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celles-ci suivant son achèvement.*

Les provinces* sont tenues de fournir les renseignements que le Ministre juge nécessaires sur le fonctionnement de leur régime d'assurance-santé en rapport avec les critères et conditions définis dans la *Loi*.

Une grande partie du présent rapport est consacrée à la description du régime d'assurance-santé de chacune des provinces, plus particulièrement en ce qui concerne les critères et conditions énoncés dans la *Loi*. Cette description est suivie, dans chaque cas, d'un aperçu des services complémentaires de santé offerts conformément aux exigences de la *Loi*.

Le rapport résume également les principales dispositions de la *Loi*, ses modalités d'application par le gouvernement fédéral, le processus de consultation et les accords fédéraux-provinciaux relatifs au financement.

Les intéressés peuvent obtenir plus d'information quantitative en s'adressant à la Direction générale des politiques et de la consultation de Santé Canada, et à Statistique Canada.

---

* Toute référence aux provinces comprend les territoires, à moins d'indication contraire.

Aperçu de la *Loi canadienne sur la santé*

La *Loi canadienne sur la santé* a obtenu la sanction royale le 17 avril 1984, avec l'accord unanime de la Chambre des communes et du Sénat. Cette loi, entrée en vigueur le 1er avril 1984, abolissait la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* et la *Loi sur les soins médicaux*.

La *Loi canadienne sur la santé* a pour raison d'être :

> *d'établir les conditions d'octroi et de versement d'une pleine contribution pécuniaire pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province.*

Ces critères et conditions, ainsi que les dispositions relatives à la **surfacturation** et aux **frais modérateurs**, sont exposés aux articles 7 à 12 de même qu'aux articles 13, 18 et 19 de la *Loi*. Les critères et les dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs ne s'appliquent qu'aux services de santé assurés et non aux services complémentaires de santé. Seules les conditions de versement, qui sont énoncées à l'article 13, s'appliquent aux services de santé assurés comme aux services complémentaires de santé.

Les services de santé assurés définis par la *Loi canadienne sur la santé* comprennent tous les services hospitaliers nécessaires et tous les services médicaux nécessaires fournis par un médecin, ainsi que les services de chirurgie dentaire médicalement nécessaires qui ne peuvent être fournis convenablement que dans un hôpital.

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les services complémentaires de santé comprennent les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins ambulatoires. Ces services font partie d'une gamme complète de services sanitaires et sociaux offerts par l'entremise de différents établissements et programmes communautaires et institutionnels, aux habitants d'une province quelconque. La plupart des bénéficiaires de ces services sont âgés de 65 ans ou plus.

Afin de recevoir, pour chaque exercice financier, le plein montant que le gouvernement fédéral verse en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), chaque régime provincial d'assurance-santé doit se conformer aux critères et conditions qui suivent.

Critères

1. Gestion publique

Aux termes de l'article 8, le régime d'assurance-santé doit être géré sans but lucratif par une autorité publique qui relève du gouvernement provincial et est assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières.

2. Intégralité

Aux termes de l'article 9, le régime doit couvrir tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes et, sur autorisation, les services fournis par d'autres professionnels de la santé.

3. Universalité

L'article 10 prévoit que 100 p. 100 des personnes assurées d'une province ont droit aux services de santé assurés dispensés dans le cadre du régime selon des modalités uniformes.

4. Transférabilité

Conformément aux dispositions de l'article 11, lorsque des personnes s'établissent dans une autre province, la province d'origine doit assumer le coût des services de santé assurés pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par la nouvelle province de résidence. Le délai ne doit pas être supérieur à trois mois.

Les services de santé assurés doivent être fournis aux assurés temporairement absents de leur province, et les coûts doivent être pris en charge de la façon suivante :

a) le paiement des services assurés reçus à l'extérieur de la province de résidence, mais au Canada, doit être conforme au taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province d'accueil, sauf s'il existe d'autres accords entre les provinces;

b) le montant versé pour des services fournis à l'étranger sera au moins équivalent au montant que la province de résidence aurait versé pour des services semblables fournis dans la province.

La condition de transférabilité n'est pas enfreinte du fait qu'il faut, aux termes du régime d'assurance-santé d'une province, le consentement préalable de l'autorité publique qui le gère pour la prestation de services de santé assurés facultatifs à un habitant temporairement absent de la province, si ces services y sont offerts selon des modalités sensiblement comparables.

5. Accessibilité

En vertu de l'article 12, le régime provincial d'assurance-santé doit :

a) prévoir des services de santé assurés selon des modalités uniformes et prévoir un accès satisfaisant des assurés aux services de santé assurés sans y faire obstacle, directement ou indirectement, par un mécanisme de facturation ou autre;

b) prévoir une rémunération raisonnable des médecins et dentistes pour tous les services de santé assurés qu'ils fournissent;

c) prévoir le versement de montants aux hôpitaux relativement au coût des services de santé assurés.

Conditions

En plus des critères susmentionnés, pour être admissibles à la pleine contribution pécuniaire du gouvernement fédéral et au plein montant versé à l'égard des services de santé assurés et du programme de services complémentaires de santé, les gouvernements provinciaux doivent remplir les conditions suivantes :

1. communiquer au ministre de la Santé, selon les délais et les autres modalités prévus par les règlements, les renseignements du genre dont celui-ci peut normalement avoir besoin pour l'application de la présente loi;

2. faire état du Transfert canadien en matière de santé et de programme sociaux, en ce qui concerne les services de santé assurés et les services complémentaires de santé dans la province.

Autres dispositions

La *Loi canadienne sur la santé* prévoit également un processus de consultation dans le cas de questions de conformité en ce qui concerne les critères ou les renseignements et les conditions de visibilité. Dans le cas où le ministre fédéral estime qu'un régime provincial ne respecte pas certains critères ou certaines conditions relatives à la communication des renseignements et à la reconnaissance de l'apport fédéral, les contributions du gouvernement fédéral peuvent être réduites. Avant de renvoyer l'affaire au Gouverneur en conseil, le Ministre doit informer la province du problème, obtenir des éclaircissements de cette dernière, rédiger un rapport sur les conclusions et, si le ministre provincial de la Santé le lui demande, tenir une réunion pour discuter de la question.

Ce n'est que si le Gouverneur en conseil est convaincu que la province a cessé de satisfaire à l'un des critères ou à l'une des conditions qu'il peut, par décret, ordonner que les contributions soient réduites ou retenues.

Règlements

La *Loi* peut, par règlement, prendre toute mesure d'application concernant :

A. Les services complémentaires de santé

Les règlements portant sur les services complémentaires de santé définiraient de façon plus détaillée les services considérés par la *Loi* comme des « services complémentaires de santé ». Il est précisé dans le texte législatif que les règlements ne peuvent être adoptés qu'avec l'accord préalable de chaque province, à moins qu'ils ne soient sensiblement comparables aux règlements établis en vertu de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, dans sa version précédant immédiatement le 1er avril 1984.

B. Les services exclus des services hospitaliers

Suivant la définition contenue à l'article 2 de la *Loi*, les services hospitaliers comprennent tous les services médicalement nécessaires fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, sauf les services expressément exclus par les règlements.

En vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, des accords conclus entre le Canada et les provinces prévoyaient l'« exclusion » de certains services. Les règlements de la *Loi canadienne sur la santé* concernant les services exclus des services hospitaliers auraient pour objet de maintenir les précédents établis et d'énumérer les services qui peuvent être fournis en milieu hospitalier, mais qui ne seraient pas considérés comme des services hospitaliers assurés.

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, il ne peut être établi de règlements concernant l'exclusion des services qu'avec l'accord de chaque province. À ce jour, aucun règlement du type décrit en A.) et B.) n'a été promulgué.

C. L'information

Le genre de renseignements dont le Ministre peut avoir besoin aux fins de la présente loi et les modalités de leur communication peuvent être fixés par règlement. Avant qu'un règlement ne puisse être adopté, le Ministre doit consulter ses homologues provinciaux. Le *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* constitue un tel règlement.

D. La reconnaissance des contributions et montants versés par le Canada

Les modalités selon lesquelles les provinces doivent faire état des contributions et montants versés par le gouvernement fédéral en conformité avec le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux peuvent être fixées par règlement. Avant qu'un règlement ne puisse être adopté, le Ministre doit consulter ses homologues provinciaux.

Contributions et versements du gouvernement fédéral

Accords fédéraux-provinciaux-territoriaux de financement dans le domaine de la santé

Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), présenté par le gouvernement fédéral dans le Budget de 1995, est entré en vigueur le 1er avril 1996. Le TCSPS remplaçait le financement assuré précédemment par le gouvernement fédéral en vertu du *Régime d'assistance publique du Canada*, et le financement en matière de santé et d'enseignement postsecondaire en vertu de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé*. Le montant des transferts par habitant prévu par l'ancien programme demeurait le même.

Dans le cadre du TCSPS, le gouvernement fédéral affecte un montant global aux gouvernements provinciaux pour les aider à financer les soins de santé, l'enseignement postsecondaire, l'aide sociale et les services sociaux. Le TCSPS prend la forme d'un transfert de fonds (paiement en espèces) et d'un transfert fiscal (réduction du taux d'imposition du gouvernement fédéral pour permettre aux provinces d'augmenter le leur d'un montant égal). Le Budget de 1996 prévoyait un transfert minimum de 11 milliards de dollars. En 1998, le Parlement a adopté une loi permettant de porter ce montant à 12,5 milliards de dollars à compter de l'exercice financier 1997-1998.

Le Budget de 1999 prévoit le transfert aux provinces, entre 1999-2000 et 2003-2004, d'un montant additionnel de 11,5 milliards de dollars pour les soins de santé en vertu du TCSPS, soit 2 milliards de dollars en 1999-2000 et 2000-2001 et 2,5 milliards de dollars pour chacun des trois autres exercices financiers. Les premiers ministres des provinces se sont engagés à affecter ces fonds additionnels aux soins de santé.

Le montant minimum du TCSPS passera de 12,5 milliards de dollars en 1998-1999 à 14,5 milliards de dollars en 1999-2000, et à 15 milliards de dollars en 2001-2002. Le montant des transferts auquel auront droit les provinces pour le financement de leurs programmes de santé, d'enseignement postsecondaire, d'aide sociale et de services sociaux passera de 28,4 milliards de dollars en 1999-2000 à environ 31,4 milliards de dollars en 2003-2004.

Le Budget de 1999 garantit aussi la distribution égale des fonds du TCSPS par habitant aux provinces à compter de 2001-2002. Cette année-là, les provinces auront droit, en vertu du TCSPS, à 960 $ par habitant et, en 2003-2004, ce montant aura atteint 985 $. En 1998-1999, la contribution par habitant se situe entre une limite supérieure de 939 $ par habitant au Québec et une limite inférieure de 800 $ par habitant en Alberta.

Avant l'entrée en vigueur du TCSPS, le gouvernement fédéral contribuait aux régimes provinciaux d'assurance-santé conformément aux dispositions de la *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé*. En vertu de ladite loi, les provinces avaient droit à une contribution fédérale égale par habitant dans le domaine de la santé (526,41 $ par habitant en 1995-1996, dernière année d'application du Financement des programmes établis [FPE]). Cette contribution augmentait chaque année et était calculée d'après la moyenne mobile composée de trois ans du taux d'accroissement du produit national brut (PNB) nominal par habitant. Ce facteur d'indexation était appliqué à un montant de base égal à la moyenne nationale, par habitant, pour

1975-1976, des contributions fédérales versées aux régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux. On multipliait ensuite cette valeur par le nombre d'habitants de chaque province pour obtenir le montant de la contribution qui serait versée à la province.

À la fin des années 80, des modifications ont été apportées au facteur d'indexation à cause des restrictions budgétaires fédérales. En 1986-1987, le taux de croissance du FPE a été limité au taux de croissance déterminé par le facteur d'indexation, moins deux points de pourcentage. Le 20 février 1990, le budget fédéral a gelé les paiements de transfert par habitant pour les exercices 1990-1991 et 1991-1992 au niveau de 1989-1990. Cela signifiait que, pour les exercices 1990-1991 et 1991-1992, le montant des paiements de transfert changerait uniquement en fonction de la population de chaque province, soit une augmentation estimée à un pour cent à l'échelle nationale. Le 26 février 1991, le budget a prolongé ce gel au niveau de 1989-1990 jusqu'en 1994-1995. Pour l'exercice 1995-1996, des modifications apportées à la législation ont fait en sorte que les contributions versées en vertu du FPE augmentent en fonction du facteur d'indexation, moins trois points de pourcentage.

Les contributions en matière de santé versées aux provinces consistent en espèces et en un transfert fiscal égalisé. Pour soutenir les programmes d'enseignement postsecondaire et de santé, le gouvernement fédéral a transféré un total de 13,5 points d'impôt sur le revenu des particuliers et un point d'impôt sur le revenu des sociétés à toutes les provinces en vertu du FPE. En vertu de la partie VII de la *Loi*, le Québec a reçu un abattement spécial de 8,5 points supplémentaires d'impôt sur le revenu des particuliers, qui découle de la *Loi sur les programmes établis (accords provisoires)*.

Pour déterminer les montants payables aux provinces pour les soins de santé, on établissait d'abord la valeur totale du transfert d'impôt. Ensuite, ce transfert fiscal égalisé était déduit de la somme totale à laquelle chaque province avait droit dans le domaine de la santé, au titre des services de santé assurés. La différence était versée à chaque province sous forme de contribution mensuelle en espèces, si le régime provincial satisfaisait aux conditions énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Les provinces recevaient également un montant égal par habitant pour les services complémentaires de santé définis dans la *Loi canadienne sur la santé*. Ce montant, qui était établi à 20 $ par habitant en 1977-1978, a augmenté chaque année selon le même facteur de progression que le facteur utilisé pour les contributions en matière de santé. En 1995-1996, ce montant était de 51,32 $ (ce montant fait partie de la contribution par habitant de 526,41 $ mentionnée ci-dessus). Cette somme était payable aux provinces, pourvu qu'elles respectent les deux conditions énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui a trait à l'obligation pour le gouvernement de la province de communiquer des renseignements et de faire état des contributions.

Les modifications à la *Loi canadienne sur la santé* résultant de l'entrée en vigueur du TCSPS présenté dans le Budget de 1995 n'ont en rien modifié les conditions énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé* ni les dispositions relatives à leur application. Toutes les amendes imposées en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* seront déduites du TCSPS. Les détails concernant le genre de déductions et leur montant sont présentés dans le tableau qui suit.

Tableau

Sommaire des déductions en application de la *Loi canadienne sur la santé*

(en dollars)

du 1er avril 1998 au 31 mars 1999

	Frais modérateurs	Surfacturation	Autres	Total
Terre-Neuve	53 000	0	0	53 000
Île-du-Prince-Édouard	0	0	0	0
Nouvelle-Écosse	38 950	0	0	38 950
Nouveau-Brunswick	0	0	0	0
Québec	0	0	0	0
Ontario	0	0	0	0
Manitoba	612 000	0	0	612 000
Saskatchewan	0	0	0	0
Alberta	0	0	0	0
Colombie-Britannique	0	0	0	0
Territoires du Nord-Ouest	0	0	0	0
Yukon	0	0	0	0
CANADA	703 950	0	0	703 950

Division de l'assurance-santé

Direction des affaires intergouvernementales

Direction générale des politiques et de la consultation

Santé Canada

Dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs

La *Loi canadienne sur la santé* stipule :

> *que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens.*

Le principe d'accessibilité se reflète dans des dispositions précises de la *Loi* conçues pour décourager la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs.

La *Loi* stipule qu'une province n'a droit, pour un exercice, à une pleine contribution pécuniaire à l'égard des services de santé assurés que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas le versement de montants pour des services qui ont fait l'objet d'une surfacturation. En outre, la province ne doit pas permettre l'imposition de frais modérateurs pour des services de santé assurés en vertu de son régime d'assurance-santé, sauf selon les modalités établies au paragraphe 19(2) ayant trait aux personnes souffrant de maladies chroniques et séjournant de façon plus ou moins permanente dans un hôpital ou un autre établissement. S'il est établi que la province accepte la surfacturation, les frais modérateurs ou les deux, une somme doit être déduite de la contribution pécuniaire fédérale. Le montant déduit pour un exercice est celui que le ministre de la Santé détermine, d'après les renseignements fournis par la province conformément au *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*. Le montant est égal au total des frais modérateurs imposés ou de la surfacturation effectuée. Lorsqu'une province ne fournit pas les renseignements requis par le *Règlement*, le montant déduit est celui que le Ministre estime perçu en frais modérateurs et surfacturation, conformément aux paragraphes 20(1), 20(2) et 20(3) de la *Loi*.

Le paragraphe 20(5) de la *Loi* incitait les provinces à éliminer dès le début la surfacturation et les frais modérateurs. En effet, une province qui mettait fin à la surfacturation ou aux frais modérateurs dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur de la *Loi*, c'est-à-dire avant le 1er avril 1987, avait droit au remboursement du montant total des déductions effectuées. Toutes les provinces où des frais aux usagers avaient cours ont effectivement établi ou révisé les lois, règlements ou pratiques de manière à se conformer aux conditions liées à la surfacturation et aux frais modérateurs à la date prescrite. En conséquence, les montants retenus ont été remboursés aux provinces selon les dispositions de la *Loi*. Les déductions effectuées à partir du 1er avril 1987 n'ont pas été remboursées.

Loi canadienne sur la santé—Administration

La *Loi canadienne sur la santé* vise à garantir à tous les habitants du Canada l'accès aux soins de santé nécessaires et payés d'avance, en établissant les conditions et les critères auxquels doivent se conformer les provinces pour obtenir leur part intégrale des paiements de transfert au titre des services de santé versés par le ministre des Finances en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Le ministre de la Santé est toujours responsable de déterminer les déductions ou retenues aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, y compris les déductions et retenues faites pour la surfacturation et les frais modérateurs.

Au nom du Ministre, la Division de l'assurance-santé s'assure de façon systématique que les conditions et critères sont respectés. Ainsi, au cours de l'année qui nous intéresse, un certain nombre de situations portant à croire qu'il pouvait y avoir non-conformité à la *Loi* ont été mises en évidence, et certains problèmes ont été résolus, alors que d'autres questions sont encore à l'étude. Comme c'était le cas auparavant, les recommandations sur des déductions éventuelles sont soumises à l'approbation du Ministre. Quand celui-ci a autorisé les déductions, les montants sont transmis au

ministère des Finances. Le ministère des Finances déduit les montants réels des paiements bimensuels de TCSPS versés aux provinces. La Division s'occupe aussi de consultation, d'analyse et d'administration dans le cadre de l'application de la *Loi*.

En plus d'être chargés de l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*, les responsables de la Division ont coordonné des activités et consulté leurs homologues provinciaux sur des questions liées à cette loi, par l'entremise de mécanismes tels que le Comité consultatif fédéral-provincial des services de santé. Ce comité, qui regroupe des hauts fonctionnaires des provinces et des territoires ainsi que des représentants du gouvernement fédéral, permet la consultation et l'échange de renseignements.

Comité de coordination de la facturation réciproque

Le Comité de coordination de la facturation réciproque (CCFR) a été mis sur pied en 1991 dans le but de dégager les problèmes découlant des accords sur les services médicaux et hospitaliers. Les membres du Comité sont également chargés de résoudre des problèmes administratifs au niveau fonctionnel. Toutes les provinces participent aux accords réciproques de services hospitaliers et, à l'exception du Québec, aux accords réciproques de services médicaux.

Le travail entrepris par le Comité touche de nombreuses questions entourant la résidence et la facturation qui se rapportent à la transférabilité interprovinciale. Un objectif permanent du Comité est l'instauration de tarifs raisonnables et justes pour les services hospitaliers et les services de consultation externe. Le Comité a contribué de façon significative à la mise au point des tarifs interprovinciaux pour des interventions très coûteuses telles la lithotripsie, l'IRM et la transplantation d'organes vitaux.

La province de Terre-Neuve, le Québec, l'Ontario et l'Alberta ainsi que le gouvernement fédéral, dont le représentant préside le Comité, sont actuellement membres. D'autres provinces contribuent au processus par l'entremise soutenue des membre du Comité. Les échanges de renseignements et les projets qui ont découlé du Comité témoignent d'un engagement important à l'égard de l'accès aux soins par les Canadiens lorsque ces derniers déménagent ou voyagent à l'intérieur du pays.

Le Comité de coordination relève du Comité consultatif des services de santé.

Caisse supplémentaire d'assurance-santé

En de rares circonstances, il arrive que des personnes, bien malgré elles, ne soient plus ou ne puissent pas être assurées en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* et conformément à l'accord fédéral-provincial concernant l'admissibilité et la transférabilité. La Caisse supplémentaire d'assurance-santé a été constituée à la suite du Vote L16b, *Loi portant affectation de crédits n° 2, 1973*, pour aider ces personnes. Les contributions à la Caisse sont faites par les provinces au prorata de leur population et sont assorties de contributions fédérales. La Caisse est gérée par la Division de l'assurance-santé. Aucun versement n'a été effectué en 1998-1999. Le solde de clôture au 31 mars 1999 était de 28 386,44 $.

Renseignements

Au chapitre de l'échange d'information, les ministres conviennent qu'il est préférable d'utiliser à pleine capacité les moyens existants et, au besoin, d'étoffer ces systèmes d'échanges mutuels. Le *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* a été promulgué par le Gouverneur en conseil. De plus, à la demande du ministre de la Santé, des états annuels sont fournis par les ministres provinciaux de la Santé. Ces états décrivent les opérations des régimes provinciaux en ce qui a trait à la *Loi canadienne sur la santé* et sont intégrés à ce rapport.

RÉGIMES D'ASSURANCE-SANTÉ

PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX

Terre-Neuve

Gestion publique

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation est géré par une division du ministère de la Santé de la province.

Le régime de soins médicaux est géré par la Newfoundland Medical Care Commission, organisme public mis en place par le gouvernement provincial et relevant du ministre de la Santé et des Services communautaires. Les deux régimes sont gérés sans but lucratif, et toutes les opérations financières sont vérifiées par le Vérificateur général de la province.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés fournis par les hôpitaux et les centres de santé communautaires comprennent les services aux malades hospitalisés et les services de consultation externe. Les services aux malades hospitalisés comprennent l'hébergement et les repas selon le régime standard ou de salle commune; les services infirmiers; les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques; les médicaments; l'usage à des fins médicales ou chirurgicales des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les services de réadaptation comme la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie et l'audiologie.

Les services de consultation externe comprennent : les services de laboratoire, les services de radiologie et les autres services diagnostiques; les services de réadaptation; la consultation externe et les visites d'urgence; les chirurgies d'un jour.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la chirurgie esthétique et les autres services jugés non nécessaires du point de vue médical; le transport par ambulance ou autre avant l'admission et après le congé; les services infirmiers privés (dispositions prises par le patient); les radiographies ou autres services requis pour des raisons non médicales servant aux fins de l'emploi ou de l'assurance; les médicaments (sauf les médicaments anti-rejet et l'AZT) et les appareils prescrits pour usage à domicile après le départ de l'hôpital; les commodités personnelles, dont le téléphone, la télévision et la radio, à moins qu'ils ne soient utilisés aux fins d'enseignement; les éclisses en fibre de verre; les services auxquels le patient a droit en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi fédérale ou provinciale; les services liés aux avortements thérapeutiques pratiqués dans des établissements non autorisés ou des établissements non approuvés par la Newfoundland Medical Board.

Le ministère de la Santé et des Services communautaires gère le Emergency Air Ambulance Program pour le transport des patients à l'intérieur de la province et vers des hôpitaux à l'extérieur de la province, lorsque cela s'impose. Le programme prévoit également le transport des patients, du personnel médical et du matériel à partir de collectivités isolées ou vers des collectivités isolées. Le Ground Emergency Ambulance Program vise à favoriser l'accès des habitants à des services d'ambulance à un prix raisonnable. Dans les deux cas, les usagers sont tenus de payer des frais de participation.

Tous les habitants de Terre-Neuve* qui font un don d'organe (rein ou moelle osseuse) ont droit à une aide financière lorsque le receveur est un habitant de Terre-Neuve couvert par le régime d'assurance-hospitalisation et le régime de soins médicaux de la province. Le Medical Transportation Program octroie parfois des subventions aux personnes qui n'ont pas accès à des services médicaux nécessaires dans leur région ou dans la province et qui doivent, par conséquent, prendre un vol commercial pour se rendre dans un centre qui offre les soins nécessaires.

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX

Les services assurés regroupent une vaste gamme de services dispensés pour des raisons médicales par des médecins généralistes et spécialistes : les consultations au cabinet, à l'hôpital ou à la maison; le diagnostic et le traitement des maladies et des blessures; les soins et les traitements relatifs à la chirurgie, dont l'anesthésie; les services de radiologie. Un nombre limité de services de chirurgie dentaire offerts à l'hôpital sont couverts, y compris l'administration de l'anesthésie générale pour d'autres interventions de chirurgie dentaire non assurées et administrées à l'hôpital. La vaccination collective effectuée par un médecin est couverte à la demande de la Commission.

Les services suivants ne sont pas couverts par le régime : la distribution par un médecin de médicaments, de produits pharmaceutiques ou d'appareils médicaux et la délivrance d'ordonnances; les examens comme ceux qui sont requis pour l'embauche ou l'assurance et non pour des raisons de maladie; la chirurgie esthétique; l'acupuncture; les lunettes; les médicaments, les vaccins et le coût du matériel; les services dispensés par des praticiens tels que les optométristes, les chiropraticiens, les podiatres, les ostéopathes, les prothésistes dentaires, les psychologues, les physiothérapeutes, les audiologistes et le personnel paramédical; les services d'ambulance et les autres modes de transport des malades; les comparutions en cour; tout service dispensé par un médecin à son conjoint et à ses enfants; le temps ou les frais de déplacement requis pour rendre visite à un bénéficiaire; le rétablissement de la fécondité; la fécondation *in vitro*; les vaccinations avant un voyage; la préparation de dossiers, de rapports et de certificats ou les consultations téléphoniques; l'excision d'une xanthélasma, la circoncision des nouveau-nés et l'hypnothérapie; les programmes de désintoxication offerts à l'extérieur du Canada; les consultations exigées par les règlements d'un hôpital; les avortements thérapeutiques pratiqués à Terre-Neuve dans un établissement qui n'est pas approuvé par la Newfoundland Medical Board; un changement de sexe qui n'est pas recommandé par le Clarke Institute of Psychiatry; les services assurés en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou d'une autre loi fédérale ou provinciale.

Régime de soins dentaires

En plus des services de santé de base assurés, le gouvernement provincial offre un régime de soins dentaires de base à l'intention des enfants de 12 ans ou moins. Les bénéficiaires du soutien du revenu qui ont entre 13 et 17 ans ont également accès aux services de base. Les bénéficiaires adultes peuvent avoir recours à des services visant à soulager la douleur et à enrayer l'infection.

Le régime ne couvre pas : les honoraires d'un dentiste, d'un chirurgien-dentiste ou d'un omnipraticien pour les extractions de routine pratiquées à l'hôpital; les traitements au fluor pour les enfants de moins de quatre ans.

Régime de médicaments subventionnés pour les aînés

Le ministère provincial de la Santé et des Services communautaires prend en charge une partie des coûts des médicaments pour tous les habitants de plus de 65 ans qui reçoivent le Supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral et qui sont inscrits au programme de la

* Toute référence à Terre-Neuve comprend le Labrador.

Sécurité de la vieillesse. Les bénéficiaires du soutien du revenu reçoivent gratuitement la portion du coût des médicaments d'ordonnance correspondant à l'ingrédient actif. Les frais d'exécution des ordonnances sont pris en charge par les bénéficiaires.

Universalité

RÉGIMES D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET DE SOINS MÉDICAUX

Tous les habitants assurés de la province bénéficient des deux régimes, à l'exception des membres permanents des Forces canadiennes, des membres de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux. Aucune prime n'est exigée. Cependant, il faut s'inscrire au régime de soins médicaux et être en possession d'une carte valide du régime pour avoir accès aux services assurés.

Transférabilité

RÉGIMES D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET DE SOINS MÉDICAUX

Délai minimal de résidence

Les bénéficiaires qui déménagent d'une autre province à Terre-Neuve ont droit à la protection du régime à compter du premier jour du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée, tandis que les personnes qui arrivent de l'étranger pour s'établir à Terre-Neuve, de même que les membres libérés des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, et les détenus libérés des pénitenciers fédéraux, ont droit à la protection du régime à compter du jour de leur arrivée. Toutefois, l'inscription au régime de soins médicaux est exigée aux fins de couverture. Une couverture immédiate est fournie aux personnes venant de l'étranger qui sont autorisées à travailler pour un an ou plus dans la province.

Les personnes désireuses de bénéficier de la protection doivent résider dans la province au moins quatre mois chaque année. Cependant, les personnes absentes temporairement de la province peuvent bénéficier d'un prolongement de protection de 12 mois, à condition de fournir une preuve suffisante de leur intention de revenir.

Paiement des services dispensés au Canada

Les services hospitaliers dispensés dans d'autres provinces sont remboursés en vertu de la « facturation réciproque », entente passée entre les provinces. Les coûts d'hospitalisation sont payés aux taux standard approuvés par la province d'accueil. Les frais associés aux interventions coûteuses durant l'hospitalisation et aux consultations externes sont remboursés conformément aux taux nationaux approuvés par les régimes d'assurance-santé provinciaux.

À l'exception du Québec, le paiement des services médicaux assurés fournis dans toute autre province est effectué en vertu d'une entente de facturation réciproque au taux de la province d'accueil. Les demandes d'indemnités du Québec sont également remboursées au taux de la province d'accueil, mais le patient les présente directement à la Newfoundland Medical Care Commission.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers internes et externes fournis à l'étranger sont remboursés aux taux établis en cas d'urgence ou de maladie subite. Il en va de même pour les services hospitaliers non urgents, à condition qu'ils ne soient pas offerts dans la province ni ailleurs au pays.

Le maximum payable dans le cadre du régime étatique d'assurance-hospitalisation pour les soins hospitaliers dispensés à l'étranger est de 350 $ par jour, si les services assurés sont fournis par un hôpital communautaire ou régional. Si les services assurés sont fournis par un hôpital de soins tertiaires, soit un établissement hautement spécialisé, le taux approuvé est de 465 $ par jour. Le taux approuvé pour les services externes est de 62 $ par visite, et le taux approuvé pour chaque

traitement d'hémodialyse est de 220 $. Les taux approuvés sont versés en devises canadiennes.

Les services médicaux sont couverts pour les urgences et les maladies subites, et sont aussi assurés pour les services non urgents quand ils ne sont pas offerts dans la province ou au pays. Ils sont payés au même tarif qui s'appliquerait à Terre-Neuve pour le même service. Si les services ne sont pas offerts à Terre-Neuve, ils sont habituellement remboursés aux taux de l'Ontario ou aux taux qui s'appliquent dans une province où les services sont offerts.

Si un habitant de la province doit obtenir des soins hospitaliers spécialisés à l'étranger parce que les services assurés ne sont pas offerts au Canada, le régime provincial d'assurance-santé paiera le coût des services nécessaires à la prise en charge du patient. Toutefois, il est nécessaire, dans ce cas, que les demandes de consultation reçoivent l'autorisation préalable du Ministère de la Santé et des Services communautaires. Le médecin traitant doit donc communiquer avec le Ministère et le régime de soins médicaux pour obtenir cette autorisation.

L'autorisation préalable n'est pas requise pour les services médicaux. Toutefois, il est recommandé que le médecin en fasse la demande auprès des responsables du régime, afin d'informer le patient des répercussions financières des services devant être fournis. Les omnipraticiens et les spécialistes peuvent demander l'autorisation préalable au nom de leurs patients. L'autorisation préalable n'est pas accordée pour les traitements faisant partie des services non urgents dispensés à l'étranger si ces services sont offerts dans la province ou ailleurs au Canada.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les habitants assurés qui déménagent en vue de s'établir en permanence ailleurs au Canada bénéficient du régime jusqu'au dernier jour (inclusivement) du deuxième mois qui suit le mois de leur départ. La protection est immédiatement interrompue dans le cas d'habitants de la province qui élisent domicile dans un autre pays.

Accessibilité

RÉGIMES D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET DE SOINS MÉDICAUX

Accès raisonnable

Il n'y a pas de frais de coassurance pour les services hospitaliers ni de surfacturation par les médecins de la province. En 1998-1999, le nombre total de lits dotés en personnel et utilisés se chiffrait à 1 808, et la période moyenne d'hospitalisation pour des soins actifs était de 7,5 jours.

Le 1er octobre 1998, le gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador, la Newfoundland and Labrador Medical Association et la Newfoundland and Labrador Health and Community Services Association ont signé un protocole d'entente qui remplace l'ancien plan d'incitation visant à attirer les médecins dans les régions rurales. Le nouveau protocole prévoit une fourchette de primes provinciales de maintien de l'effectif qui reflète le degré relatif d'éloignement et les difficultés associées au maintien de l'effectif.

Paiements aux hôpitaux

Le budget d'exploitation des Regional Health Boards (conseils de santé communautaires régionaux) de chaque exercice financier est confirmé tous les ans par le Ministère. Environ un douzième du budget d'exploitation annuel est avancé aux Regional Health Institution Boards. Les déficits ne sont pas remboursés, et les conseils peuvent retenir leurs surplus conformément aux dispositions d'un plan provincial d'incitation. En 1998-1999, le régime provincial a versé 617 570 000 $ aux conseils de santé communautaires régionaux. Les paiements pour les services hospitaliers à l'extérieur de la province s'élevaient à 18 049 000 $.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins sont rémunérés en vertu du barème d'honoraires de la Newfoundland Medical Care Commission. Chaque année, le montant total des versements peut être révisé à la baisse de manière à respecter les limites du budget négocié.

Rémunération raisonnable

Les tarifs sont négociés de temps à autre entre la Medical Care Commission du gouvernement provincial et la Newfoundland Medical Association.

Au cours de 1998-1999, le gouvernement provincial a versé 156 446 755 $ aux médecins de la province. Ce montant comprend les versements aux médecins salariés, qui totalisent 32 924 700 $. La Commission a d'autre part versé 4 636 581 $ pour les services médicaux fournis à l'extérieur de la province.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Les soins institutionnels de longue durée pour les personnes de 65 ans ou plus et pour les personnes âgées qui souffrent d'une maladie débilitante sont fournis par les centres de soins communautaires et les maisons de repos. La plupart de ces centres et maisons de repos sont gérés par des conseils de santé communautaires régionaux qui assurent aussi la prestation des soins actifs. Sept maisons de repos sont toujours gérées par des conseils privés. Les habitants de la province paient jusqu'à 2 800 $ par mois pour ces services, leur contribution étant établie en fonction d'une évaluation financière, et le ministère de la Santé et des Services communautaires fournit la différence.

Le ministère de la Santé et des Services Communautaires a renforcé les services communautaires de santé afin d'accroître la pertinence des services de prévention, de soutien et de soins à domicile, pour qu'ils aident véritablement les gens à éviter la maladie et qu'ils retardent le recours aux soins en établissement ou en réduisent la nécessité. Il s'agissait aussi de consolider les programmes et les services axés sur la santé de la population, partout dans la province.

Dans les limites de leur mandat, les conseils communautaires régionaux ont mis en place un système de guichet unique pour les services de soins prolongés. Ceci a facilité la coordination et la prestation d'une vaste gamme de services professionnels et de services de soutien aux clients des centres de santé communautaires. Ces services comprennent, entre autres, les soins à domicile, l'évaluation et le placement, le soutien à l'école et à domicile, les soins palliatifs, les interventions en cas d'urgence, et les services de réadaptation et de relève.

Les services communautaires ont été davantage renforcés lorsqu'en avril 1998, les services touchant le bien-être des enfants, les mesures correctionnelles communautaires, la famille et la réadaptation sont passés du ministère des Ressources humaines et de l'Emploi au nouveau ministère de la Santé et des Services communautaires. Ces programmes sociaux sont maintenant intégrés aux programmes de santé communautaire, et leur prestation relève des conseils de santé communautaires régionaux. Cette initiative vise à consolider l'ensemble des services offerts aux enfants et aux familles, ce qui a pour effet de réduire l'écart qui existe actuellement entre les services. L'initiative vise également à accorder la priorité à la prévention et à l'intervention précoce, de manière à assurer le sain développement de l'enfant et la santé des familles dans les collectivités.

Les comités provinciaux et régionaux continuent à évaluer les programmes et les services existants, et à recommander les modifications nécessaires à une meilleure intégration des services pour les enfants et les familles.

Île-du-Prince-Édouard

Gestion publique

Régimes d'assurance-ospitalisation et de soins médicaux

Les deux régimes sont gérés sans but lucratif par le ministère de la Santé et des Services communautaires. Le Ministère relève de la législature provinciale. Le Vérificateur général de la province vérifie annuellement les comptes et les opérations financières.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Le régime d'assurance-hospitalisation de l'Île-du-Prince-Édouard assure les services hospitaliers définis à l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*, notamment : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie là où elles existent.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : les radiographies pulmonaires au moment de l'admission à l'hôpital; les examens sérologiques pour le dépistage de la syphilis; les commodités personnelles, comme le téléphone et la télévision; les soins infirmiers privés ou spéciaux à la demande du patient ou de sa famille; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; les services hospitaliers entourant la chirurgie strictement esthétique; les médicaments, les produits biologiques, les prothèses et les orthèses utilisés par un patient externe ou par un patient hospitalisé après son congé.

En plus des prestations d'hospitalisation assurées, l'Île-du-Prince-Édouard offre un programme de prothèses mammaires.

Régime de soins médicaux

Le régime de soins médicaux couvre tous les services médicaux et les soins dentaires, maxillaires et faciaux nécessaires.

Les services suivants ne sont pas assurés : les services auxquels donnent droit d'autres lois provinciales ou fédérales; les frais de déplacement, à moins qu'ils ne soient autorisés par le Ministère; les ordonnances ou les conseils délivrés par téléphone, sauf dans les cas de surveillance d'un traitement anticoagulant; les examens requis en rapport avec l'emploi, l'assurance, l'éducation, etc.; les examens, les immunisations ou les inoculations de groupe, à moins que le Ministère ne les ait préalablement autorisés; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications, sauf s'il s'agit d'un certificat d'internement dans un établissement psychiatrique ou dans un établissement de désintoxication; la comparution en cour; la chirurgie esthétique, à moins qu'elle ne soit requise pour des raisons médicales; les services dentaires autres que les actes inclus dans les services de santé de base; les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et autre matériel apparenté; les lunettes et les appareils spéciaux; la physiothérapie, la chiropratique, la podiatrie, l'optométrie, la chiropodie, l'ostéopathie, la psychologie, la naturopathie, l'audiologie, l'acupuncture et autres traitements similaires; le rétablissement de la fertilité; la fécondation *in vitro*; les services fournis par un remplaçant lorsque le médecin traitant est absent ou n'est pas disponible; les services fournis par un médecin aux membres de sa famille immédiate, à moins qu'ils ne soient autorisés par le Ministère; les services de laboratoire et de radiologie fournis en vertu de la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* de la

province; tout autre service que le Ministère peut, sur recommandation du Conseil consultatif médical, déclarer non assuré.

En plus des services de santé de base assurés, la province fournit les services suivants : des subventions aux exploitants de services d'ambulance afin de réduire les frais que les habitants de la province doivent assumer; les soins dentaires courants pour les enfants; un programme de prothèses oculaires pour les enfants et les jeunes de 18 ans ou moins; un régime d'aide pour l'achat de médicaments à l'intention des personnes âgées et de certains autres groupes.

Universalité

RÉGIMES D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET DE SOINS MÉDICAUX

Toute personne qui habite en permanence à l'Île-du-Prince-Édouard, à l'exception des membres réguliers des Forces canadiennes, des membres de la Gendarmerie royale du Canada et des personnes détenant un visa d'étudiant, qui est inscrite aux régimes et qui a fourni au Ministère tous les renseignements requis, est admissible à la protection des régimes. L'admissibilité est fondée sur l'état de résidence permanente à l'Île-du-Prince-Édouard et le respect de l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité. Aucune prime n'est exigée.

Transférabilité

RÉGIMES D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET DE SOINS MÉDICAUX

Délai minimal de résidence

Toute personne s'inscrivant aux services assurés en vertu des régimes y devient admissible le premier jour du troisième mois qui suit la date où elle a élu domicile.

À condition qu'ils s'inscrivent conformément au règlement, les immigrants reçus, les Canadiens rapatriés, les Canadiens qui reviennent au pays, les immigrants reçus qui reviennent au pays, les citoyens canadiens ou les conjoints de citoyens canadiens qui élisent domicile au Canada pour la première fois, les détenteurs de permis de travail émis en vertu de la *Loi sur l'immigration* (Canada) ainsi que les membres libérés des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus libérés des pénitenciers fédéraux ont droit à la protection du régime une fois que la date d'établissement de la résidence est fixée.

Les absences régulières de moins de six mois par année sont permises pourvu que la résidence permanente ne change pas. Les personnes qui sont temporairement absentes de la province ont la possibilité de se voir accorder une prolongation maximale de six mois de couverture à condition d'en aviser le Ministère par écrit.

Paiement des services dispensés au Canada

Tous les bénéficiaires temporairement absents de la province, mais encore au Canada, verront leurs réclamations acceptées aux taux applicables dans la province où les services ont été dispensés (province d'accueil), à condition que les services rendus soient conformes à ce que prévoient les règlements relatifs à la nécessité médicale.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers internes, en cas d'urgence ou de maladie subite, sont payés en dollars canadiens, à un taux ne dépassant pas le taux quotidien de l'hôpital Queen Elizabeth, à Charlottetown.

Les services hospitaliers internes non urgents qui ne sont pas offerts au Canada sont payés, sous réserve de l'autorisation préalable du Ministère, à un taux qui ne doit pas dépasser le montant total du taux payé au titre des services

internes à l'hôpital, y compris la chambre, les repas et les services hospitaliers jugés médicalement nécessaires, et sont payables en devises appropriées, selon le pays d'origine.

Les services hospitaliers externes, en cas d'urgence ou de maladie subite, sont payés en dollars canadiens selon les taux en vigueur à l'Île-du-Prince-Édouard ou, dans les cas où ils s'appliquent, selon les taux canadiens appropriés.

Sous réserve de l'autorisation préalable du Ministère, les services hospitaliers externes non urgents qui ne sont pas offerts au Canada sont payés à un taux correspondant à l'intégralité des frais hospitaliers autorisés.

Les frais pour les services médicaux en cas d'urgence ou de maladie subite sont payés en dollars canadiens selon le barème des honoraires de l'Île-du-Prince-Édouard.

Les services médicaux non urgents qui ne sont pas offerts au Canada sont couverts à 100 p. 100 si l'autorisation préalable a été obtenue du Ministère, et sont payés en devises appropriées, selon le pays d'origine.

Il faut obtenir une autorisation préalable, par écrit, si le patient cherche à obtenir un traitement médical non urgent à l'extérieur de l'Île-du-Prince-Édouard. Les omnipraticiens et les spécialistes peuvent en faire la demande.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les habitants bénéficient de la protection intégrale du régime durant la période d'attente prévue par l'entente interprovinciale. Les habitants qui déménagent en permanence à l'étranger bénéficient de tous les avantages du régime jusqu'au jour de leur départ du Canada.

Accessibilité

RÉGIMES D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET DE SOINS MÉDICAUX

Accès raisonnable

Les deux régimes prévoient les services assurés dans des conditions uniformes, d'une façon qui ne compromet ni n'empêche l'accès raisonnable des bénéficiaires à ces services. Il n'y a pas de frais de coassurance pour les services hospitaliers ni de surfacturation par les médecins de la province.

En 1998-1999, la province comptait sept hôpitaux de soins actifs, soit 474 lits (nouveau-nés non compris). Il y a eu 18 148 admissions durant l'exercice, et le nombre de jours-patients s'est élevé à 144 189. Toutes ces statistiques excluent les nouveau-nés.

Paiements aux hôpitaux

Le Ministère établit le budget annuel d'exploitation de chaque hôpital et effectue les paiements essentiellement toutes les deux semaines. Les dépenses non prévues au budget font l'objet d'un ajustement par révision du budget au cours de l'année ou bien sont examinées en vue de leur approbation après réception des états financiers vérifiés de l'hôpital.

Au cours de l'exercice 1998-1999, les hôpitaux de la province ont reçu un montant évalué à 95 300 000 $ pour les frais d'immobilisation et d'exploitation. Le Ministère a payé un montant évalué à 14 220 000 $ pour les services hospitaliers dispensés hors de la province.

Mode de paiement des soins médicaux

Les praticiens présentent une demande de règlement au Ministère avec toute l'information requise pour la justifier, suivant les modalités du barème des honoraires. Ils doivent le faire dans les six mois qui suivent la date de la prestation du service. Si la demande est conforme à la *Health Services Payment Act,* le paiement est fait au médecin toutes les deux semaines.

Rémunération raisonnable

Les négociations avec la Medical Society of Prince Edward Island ont donné lieu à la signature d'ententes concernant les tarifs des services assurés aux bénéficiaires, pour la période du 1er avril 1998 au 31 mars 2001. Les négociations avec la Dental Association se poursuivent afin de renouveler la convention sur les tarifs pour les soins dentaires, qui a pris fin le 31 mars 1998.

En 1998-1999, le Ministère a versé un montant évalué à près de 34 millions de dollars aux médecins de la province, alors que le montant des services médicaux hors de la province s'élevait à environ 3,2 millions de dollars.

Services complémentaires de santé

Les services complémentaires de santé sont fournis principalement par l'intermédiaire de la Residential Services Branch relevant des cinq conseils régionaux du système de santé et de services communautaires. Les soins en maison de repos sont dispensés principalement dans des résidences gérées par les conseils régionaux et des maisons de repos privées agréées. Le nombre de lits dans la province s'élève à 920. Le Ministère verse aux régions, si nécessaire, des subventions pour plus de 90 p. 100 des lits dans les résidences gérées par le gouvernement provincial et pour environ 70 p. 100 des lits dans les maisons de repos privées. Les placements sont effectués en fonction de l'urgence des besoins évalués sur les plans fonctionnel et financier. L'évaluation financière fait partie du mécanisme de placement, ce qui permet de déterminer les besoins d'aide financière.

En vertu de la *Community Care Facilities and Nursing Homes Act* de 1988, un conseil relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux est maintenant responsable de l'agrément des maisons de repos privées. Le Ministère fournit du personnel au conseil, effectue des inspections et évalue les clients afin de déterminer s'ils reçoivent les soins appropriés.

Il existe aussi à l'Île-du-Prince-Édouard environ 774 lits dans des maisons de repos communautaires agréées, dont quelque 500 sont occupés par des aînés qui ont besoin d'un milieu sécuritaire mais n'ont pas besoin de services infirmiers professionnels.

Les maisons de repos communautaires peuvent faire appel aux services régionaux de soins à domicile si elles doivent évaluer les besoins de soins infirmiers de certains clients, par exemple ceux qui sortent de l'hôpital ou qui viennent d'apprendre qu'ils sont diabétiques. Les services régionaux peuvent aussi aider à former le personnel.

Le même outil d'évaluation est maintenant utilisé pour tous les clients des établissements de soins prolongés et pour ceux des services de soins à domicile.

Nouvelle-Écosse

Gestion publique

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation est géré par le ministère de la Santé.

Depuis septembre 1991, le Medical Services Insurance Plan est administré et géré sans but lucratif par un conseil formé de la Insured Programs Management Branch du ministère de la Santé et de la Maritime Medical Care Incorporated. À la même date, la Health Services and Insurance Commission a été intégrée au Ministère. Les dispositions législatives rendant le changement officiel ont été adoptées en juin 1992. La Maritime Medical Care Incorporated est l'agent administratif et financier de la province pour le Medical Services Insurance Plan. Pour chaque exercice, la Maritime Medical Care Incorporated doit préparer, à l'intention du Ministre, un rapport de ses comptes et activités concernant le régime. Ses livres, dossiers et comptes doivent porter sur ses tâches, fonctions et responsabilités en vertu de son entente avec le Ministère.

Le Vérificateur général de la Nouvelle-Écosse effectue une vérification annuelle de tous les registres et livres comptables du ministère de la Santé et de la Maritime Medical Care Incorporated concernant les deux régimes.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services aux malades hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie là où elles existent; les transfusions et les fractions plasmatiques à des fins thérapeutiques.

Les services de consultation externe comprennent : les examens de laboratoire et les examens radiologiques; les procédures de diagnostic à l'aide de produits radiopharmaceutiques; les électroencéphalogrammes; l'usage des installations d'ergothérapie et de physiothérapie, là où elles existent; les soins infirmiers nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; les transfusions et les fractions plasmatiques à des fins thérapeutiques; les services hospitaliers pour la plupart des interventions médicales et chirurgicales de moindre importance; les soins de jour aux diabétiques; les services autres que les services médicaux dispensés par la Nova Scotia Hearing and Speech Clinic dans ses locaux; les services d'échographie diagnostique; la nutrition parentérale à domicile; l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; le téléphone; la télévision; les médicaments et produits biologiques prescrits après le congé de l'hôpital; la chirurgie esthétique; les interventions visant le rétablissement de la fécondité; la chirurgie transsexuelle; la fécondation *in vitro*; les interventions pratiquées dans le cadre d'essais cliniques; les services comme le pontage gastrique dans les cas d'obésité morbide, la chirurgie d'augmentation ou de réduction mammaire et la circoncision des nouveau-nés, sauf, exceptionnellement, s'ils sont jugés nécessaires sur le plan médical; les services requis par un tiers tel que les compagnies d'assurance, qui ne sont pas considérés médicalement nécessaires.

Le ministère de la Santé administre le programme de dépistage du cancer du sein.

Régime de soins médicaux

Les services assurés sont « tous les services dispensés par les médecins et requis d'un point de vue médical ou considérés comme tels ». Certains traitements de chirurgie dentaire considérés d'un point de vue médical comme devant être pratiqués à l'hôpital sont également assurés.

Les services non assurés comprennent : les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou de toute autre loi fédérale ou provinciale; les frais relatifs aux déplacements ou aux délais; les conseils ou les ordonnances délivrés par téléphone; les examens requis par un tiers; les immunisations ou inoculations de groupe, à moins qu'elles ne soient autorisées par le Ministère; la préparation de certificats ou de rapports; la comparution en cour; les services associés à l'électrocardiographie, à l'électromyographie et à l'électroencéphalographie, à moins que le médecin ne soit un spécialiste dans le domaine en question; la chirurgie esthétique; l'acupuncture; le rétablissement de la fécondité; la fécondation *in vitro*.

En plus des services de santé de base assurés, une couverture limitée est également offerte pour les services suivants : les examens de la vue par des optométristes pour les enfants et les aînés; les médicaments d'ordonnance pour les aînés; un programme spécial d'assurance-médicaments pour les personnes qui ont certaines maladies chroniques; un régime de soins dentaires pour les enfants; un programme de soins dentaires spécial pour certains groupes de clients; les services de prothèses, y compris la couverture pour les prothèses mammaires; un programme de services d'ambulance subventionnés.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

En vertu de la *Loi*, tous les habitants de la province ont droit aux services hospitaliers assurés dispensés par les hôpitaux, à l'exception des membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux. De plus, les Néo-Écossais sont assurés pour les services d'urgence qu'ils reçoivent à l'extérieur du pays, jusqu'à concurrence des coûts admissibles en Nouvelle-Écosse. Ces services hospitaliers et médicaux sont disponibles selon des modalités uniformes. Cette disposition assure le droit à la couverture à tous les habitants de la province. On définit un habitant comme « toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada, qui habite et vit habituellement en Nouvelle-Écosse, à l'exception des touristes, des personnes de passage ou des visiteurs de la province ». L'admissibilité au régime pour les habitants n'exige aucune inscription préalable ni aucune prime.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Les personnes des autres provinces du Canada qui s'établissent de façon permanente en Nouvelle-Écosse ont droit aux services de santé assurés par les régimes à compter du premier jour du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée dans la province. Cette disposition est conforme aux exigences de l'entente sur l'admissibilité et la transférabilité.

Certaines catégories d'habitants deviennent bénéficiaires dès le premier jour, notamment les membres libérés des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, les détenus libérés des pénitenciers fédéraux et les Canadiens qui rentrent au pays. La couverture à titre rétroactif est également accordée aux étrangers qui ont un permis de travail leur permettant de résider dans la province pour une période de 12 mois ou plus.

Les personnes qui sont temporairement absentes de la province ont la possibilité de se voir accorder une prolongation de couverture d'une durée maximale de 12 mois. Les étudiants qui résident habituellement en Nouvelle-Écosse et qui étudient à temps complet à l'extérieur de la province sont couverts, pourvu qu'ils fournissent tous les ans une preuve de leur inscription.

Paiement des services dispensés au Canada

La Nouvelle-Écosse respecte l'entente sur la facturation réciproque. Les services hospitaliers sont payés au taux quotidien de l'hôpital d'accueil, et les soins médicaux sont payés selon le tarif en vigueur dans la province où ils sont fournis. Quant aux soins médicaux, le patient peut payer lui-même le médecin et se faire ensuite rembourser par le régime ou laisser au médecin la responsabilité de faire lui-même la demande.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les frais liés à l'hospitalisation à l'étranger à la suite d'un accident ou d'une maladie subite sont couverts, en dollars canadiens, dans le cas des personnes qui s'absentent temporairement du Canada.

Les services hospitaliers sont payés au moindre des deux tarifs suivants : la moyenne des frais demandés quotidiennement dans les hôpitaux de la région métropolitaine de Halifax au moment où les services sont dispensés ou le taux quotidien de l'hôpital où le service est fourni.

Les traitements non urgents et non autorisés, les services hospitaliers reçus par une personne dans un hôpital psychiatrique ou dans un centre de désintoxication vers lequel elle n'a pas été orientée et les services hospitaliers externes sont exclus de la couverture accordée à l'étranger.

Dans le cas des personnes qui s'absentent temporairement du Canada, les frais de services médicaux dispensés à l'étranger à la suite d'un accident ou d'une maladie subite sont payés aux tarifs de la Nouvelle-Écosse, en dollars canadiens.

Les spécialistes de la Nouvelle-Écosse doivent obtenir une autorisation préalable avant de prescrire à un habitant de la province des traitements dispensés à l'étranger. Cette autorisation n'est donnée que si le traitement en question n'est pas offert dans la province ni ailleurs au Canada.

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse détermine le paiement applicable aux services non urgents approuvés et aux services qui ne sont pas offerts au Canada.

Il faut obtenir l'autorisation préalable dans le cas d'habitants orientés vers des hôpitaux psychiatriques ou vers des centres de désintoxication à l'étranger lorsque le service n'est pas offert au Canada.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les habitants qui vont s'établir en permanence ailleurs au Canada ont droit aux services assurés pendant les trois mois qui suivent leur départ.

Les habitants de la Nouvelle-Écosse qui élisent définitivement domicile à l'extérieur de la province n'ont plus droit aux services assurés dès le jour de leur départ.

Accessibilité

RÉGIMES D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET DE SOINS MÉDICAUX

Accès raisonnable

Il n'y a pas de frais modérateurs ni de frais de surfacturation exigés en vertu des deux régimes.

Plus de 90 p. 100 de la population habite à moins de 30 minutes de l'un des 37 hôpitaux de la province. En plus des grands services de soins tertiaires de Halifax, il existe un réseau d'hôpitaux régionaux qui dispensent des soins spécialisés aux habitants.

Paiements aux hôpitaux

Le ministère de la Santé établit ses priorités budgétaires, consulte les hôpitaux et détermine les budgets en conséquence. C'est à partir des prévisions approuvées que le régime détermine les paiements qui seront faits annuellement aux hôpitaux. En 1998-1999, la Nouvelle-Écosse comptait 3 233 lits d'hôpitaux (3,46 par 1 000 habitants). Les dépenses directes du ministère de la Santé pour l'exploitation des services dispensés dans les hôpitaux généraux et psychiatriques se sont élevées à 710,7 millions de dollars. En tout, 9,8 millions de dollars ont été versés à des hôpitaux de l'extérieur de la province pour des services assurés dispensés à des habitants de la Nouvelle-Écosse. Le nombre total de congés de tous les hôpitaux s'est élevé à 116 552, et le nombre de jours-patients dans tous les hôpitaux a atteint 871 680.

Mode de paiement des soins médicaux

Dans la grande majorité des cas, les médecins sont payés à l'acte. Certains services assurés sont dispensés par des médecins salariés et des médecins à contrat.

Rémunération raisonnable

La *Health Services and Insurance Act* autorise le Ministère à négocier la rémunération des services médicaux et dentaires avec la Medical Society of Nova Scotia et la Nova Scotia Dental Association, et à participer à tout processus d'arbitrage exécutoire relatif à des questions de rémunération non résolues par négociation.

En 1998-1999, une somme de 317 527 840 $ a été versée aux médecins de la Nouvelle-Écosse. Les paiements effectués par le Ministère pour des services médicaux dispensés à l'extérieur de la province se sont élevés à 4 153 879 $.

Services complémentaires de santé

En avril 1993, la responsabilité des établissements de soins de longue durée (maisons de repos et foyers pour personnes âgées) a été transférée du ministère des Services communautaires au ministère de la Santé. Depuis le 1er avril 1995, c'est aussi au ministère de la Santé que revient l'entière responsabilité de fournir une aide financière aux pensionnaires des maisons de repos et des foyers pour personnes âgées, lorsque leurs ressources sont insuffisantes. (Avant cette date, le Ministère prenait en charge 66,67 p. 100 des coûts, la différence étant comblée par les municipalités.)

Le 1er juin 1995, le programme Home Care Nova Scotia est entré en vigueur dans l'ensemble de la province. Ce programme de soins à domicile compte deux catégories : les soins de longue durée et les soins de convalescence. À la fin de l'exercice 1997-1998, le nombre d'habitants de la province qui recevaient des soins à domicile était passé de 7 000 à environ 52 000.

Nouveau-Brunswick

Gestion publique

Régimes de services hospitaliers et de soins médicaux

Les deux régimes sont gérés sans but lucratif par le ministère de la Santé et des Services communautaires et sont assujettis à la vérification de leurs comptes et de leurs opérations financières par le Vérificateur général de la province.

Intégralité

Régime de services hospitaliers

Les services aux malades hospitalisés auxquels les personnes admissibles ont droit correspondent aux services mentionnés dans la *Loi canadienne sur la santé*, y compris : l'hébergement et les repas en salle commune; les soins infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques; les médicaments, les substances biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie, là où elles existent. Les services de consultation externe comprennent : les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques, là où ils existent; la radiothérapie; la physiothérapie; les autres services de consultation externe offerts par les hôpitaux.

Les services non assurés comprennent : les médicaments brevetés; les médicaments que le malade emporte à la maison; les services diagnostiques rendus au profit d'un tiers; les visites pour l'administration de médicaments, de vaccins, de sérums ou de substances biologiques; la télévision; le téléphone; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; tout service non visé par le barème provincial des services médicaux assurés.

Les services ne sont pas assurés s'ils sont fournis à des personnes ayant droit à une assurance en vertu d'autres lois.

Les services fournis par le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick sont assurés. Il s'agit d'un programme de prestation à domicile de soins actifs et palliatifs par des professionnels. Les patients sont admis sur recommandation de leur médecin; les médecins prennent les dispositions pour l'admission du patient, prescrivent le traitement et ordonnent le congé comme dans les hôpitaux conventionnels. En 1992-1993, la formule a été étendue à l'ensemble de la province. Depuis le 1er avril 1990, le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick a élargi son éventail de services pour inclure les services de soins prolongés. Cet éventail de services a été défini comme étant la phase II du mandat du programme et faisait auparavant partie d'un service de santé publique.

Depuis 1996-1997, la prestation du Programme extra-mural relève de chaque conseil hospitalier régional. En donnant à un organisme de chaque région l'autorité sur une plus grande gamme de soins actifs et l'entière responsabilité de ces services, la décentralisation devrait avoir pour avantage de contribuer à une meilleure coordination et à une plus grande intégration des services.

En 1997, la province a inauguré son Plan des services de réadaptation. En vertu de ce plan, les services de réadaptation autrefois offerts en établissement sont maintenant offerts au palier communautaire, ce qui représente un virage important. Aujourd'hui, le Programme extra-mural de chaque région offre des services professionnels de réadaptation à domicile, dans les maisons de repos et dans les écoles (orthophonie et phoniatrie).

Régime de soins médicaux

Les services de santé assurés sont définis comme étant l'ensemble des services médicalement requis fournis par un médecin et certains services médicalement requis fournis par des chirurgiens-dentistes compétents dans un hôpital approuvé.

Les services suivants ne sont pas couverts par le régime : la chirurgie plastique facultative ou autres services fournis à des fins esthétiques; les remèdes, les médicaments, le matériel, les fournitures chirurgicales ou les appareils prothétiques; les consultations ou les renouvellements d'ordonnance par téléphone, sauf dans le cas où ils sont prévus au barème des honoraires; l'examen de dossiers ou de certificats médicaux à la demande d'un tiers; les immunisations, examens ou certificats à des fins de voyage, d'emploi, d'émigration, d'assurance ou à la demande d'un tiers; d'autres services prescrits par les règlements administratifs ou les règlements médicaux régissant l'hôpital; les services dentaires dispensés par un médecin; la distance ou le temps des déplacements, sauf dans le cas où ils sont prévus au barème des honoraires; la comparution devant une cour ou tout autre tribunal; les services dispensés par des médecins aux membres de leur famille immédiate; la psychanalyse; l'électrocardiographie lorsqu'elle n'est pas effectuée par des spécialistes en médecine interne ou en pédiatrie; les actes de laboratoire non compris dans le tarif d'un examen ou d'une consultation; l'ajustement et la fourniture de lunettes ou de lentilles cornéennes; la chirurgie transsexuelle; la fécondation *in vitro*; l'acupuncture; un examen médical complet effectué dans le cadre d'un examen périodique et non pour des raisons de nécessité médicale; l'avortement, à moins qu'il soit pratiqué par un gynécologue-obstétricien dans un hôpital approuvé par l'autorité compétente de la région où est situé l'hôpital et que deux médecins donnent une confirmation écrite de la nécessité médicale de l'intervention; l'aide chirurgicale pour l'ablation de cataractes, à moins qu'une maladie ou qu'une autre complication pose des risques précis d'échec de l'intervention, autres que les risques inhérents à l'intervention proprement dite; les vaccins, les sérums et les produits biologiques; les consultations ou les renouvellements d'ordonnances par téléphone; les traitements généralement reconnus au Nouveau-Brunswick comme étant des traitements expérimentaux ou ceux qui sont administrés dans le cadre d'un programme de recherche appliquée, ainsi que tous les services connexes; la chirurgie réfractive; les services offerts dans la province par un médecin ou un dentiste dont les honoraires sont supérieurs à ceux prévus par le régime d'assurance-santé; les services de radiologie fournis dans la province par une clinique privée de radiologie; la circoncision des nouveau-nés; la vaso-vasostomie, les injections contre l'impotence (sauf la première); l'inversion d'une ligature de trompes; l'insémination artificielle; l'agrafage et le pontage gastriques; la veinopuncture dans le but de prélever du sang lorsqu'il s'agit d'une intervention unique dans un établissement autre qu'un hôpital agréé.

Programme de médicaments prescrits

Ce programme accorde des médicaments d'ordonnance aux habitants admissibles du Nouveau-Brunswick. Il comprend plusieurs régimes individuels d'assurance-médicaments conçus pour répondre aux besoins particuliers des groupes de bénéficiaires.

Les groupes de bénéficiaires comprennent :

- les résidants de la province âgés de 65 ans ou plus qui sont inscrits à l'assurance-maladie et qui reçoivent des prestations de Sécurité de la vieillesse ou de Supplément de revenu garanti (SRG) ou qui sont jugés admissibles sur la foi d'une évaluation de leur revenu annuel;
- les pensionnaires d'un foyer de soins infirmiers enregistré;
- les clients qui détiennent une carte santé du ministère du Développement des ressources humaines (Nouveau-Brunswick) ou du ministère de la Santé et des Services communautaires;

- les enfants qui sont sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services communautaires;
- les personnes atteintes de fibrose kystique inscrites auprès du ministère de la Santé et des Services communautaires;
- les personnes ayant subi une greffe et qui sont inscrites auprès du ministère de la Santé et des Services communautaires;
- les personnes atteintes d'un défaut de croissance hormonale et inscrites auprès du ministère de la Santé et des Services communautaires;
- les personnes dont le test du VIH est positif et qui sont inscrites auprès du ministère de la Santé et des Services communautaires.

Services médicaux d'urgence

Le ministère de la Santé et des Services communautaires administre le Programme de services d'ambulance. Ce programme assure la disponibilité des services d'ambulance au Nouveau-Brunswick grâce à des contrats avec des exploitants publics et privés. Le Ministère accorde certaines subventions à ces services pour compenser les coûts de fonctionnement et pour l'achat d'ambulances et d'équipement. Des fonds sont octroyés à une société privée chargée d'administrer et d'offrir le programme de formation en techniques d'urgence médicale (niveau 1). Le Ministère subventionne la participation à ce programme de tous les ambulanciers non salariés de la province. Un programme de transport aérien pour urgence médicale est offert aux malades en phase critique et aux grands blessés. Dans le cadre de son programme de rapatriement sanitaire, le Ministère organise et finance le retour, au Nouveau-Brunswick, des patients admissibles qui ont dû être hospitalisés hors de la province. Le Ministère octroie aussi une aide financière aux bénéficiaires de l'assistance sociale et aux malades admissibles qui sont transférés d'un hôpital à un autre par voie terrestre ou aérienne.

Universalité

Régimes de services hospitaliers et de soins médicaux

Tous les assurés de la province sont admissibles à la protection du régime. Les personnes suivantes ne sont pas couvertes : les membres réguliers des Forces canadiennes; les membres de la Gendarmerie royale du Canada; les détenus des pénitenciers fédéraux; les personnes des autres provinces qui séjournent au Nouveau-Brunswick pour poursuivre leurs études et qui sont admissibles à une protection en vertu de leur régime provincial.

Pour avoir droit aux services de santé assurés, les bénéficiaires et les personnes qui sont à leur charge doivent être inscrits. Une fois inscrites, les personnes admissibles reçoivent une carte d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick qui porte leurs nom, date de naissance et numéro d'assurance-maladie, et la date d'expiration de la carte. Cette carte doit être montrée lorsque des services sont requis auprès d'un médecin ou d'un établissement hospitalier. Aucune prime n'est perçue.

Transférabilité

Régimes de services hospitaliers et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Toute personne venant d'une autre province a le droit de devenir bénéficiaire du régime à partir du premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée dans la province. Les groupes suivants peuvent être admissibles aux services assurés dès le premier jour, lorsque la résidence à temps plein au Nouveau-Brunswick est établie : les membres libérés des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, et les détenus libérés des pénitenciers au Nouveau-Brunswick. Une personne qui

arrive de l'étranger peut être admissible à devenir bénéficiaire en vertu du régime d'assurance-maladie dès le premier jour du troisième mois suivant le mois où elle est arrivée dans la province et y a établi sa résidence permanente. Cette disposition s'applique aux conjoints non canadiens de citoyens canadiens qui établissent leur résidence au Canada pour la première fois; aux immigrants reçus; aux Canadiens rapatriés; aux Canadiens qui reviennent au pays; aux immigrants reçus qui reviennent au pays; aux Canadiens qui élisent domicile au Canada pour la première fois. La couverture est accordée aux étrangers qui ont un permis de travail leur permettant de résider dans la province pour une période de 12 mois ou plus.

Le 1er janvier 1993, le Nouveau-Brunswick a augmenté ses exigences par rapport au délai minimal de résidence à 183 jours afin de les faire concorder avec les exigences d'autres compétences.

Une personne admissible peut être temporairement absente de la province à des fins de vacances, de visites ou d'affaires, mais cette absence ne doit pas dépasser 182 jours pour une période de 12 mois, à moins qu'elle ne soit approuvée par le directeur du régime d'assurance-maladie.

Les étudiants peuvent être temporairement absents annuellement quand ils font leurs études à temps complet dans une université ou dans un autre établissement à condition qu'ils n'établissent pas leur résidence ailleurs. Les étudiants doivent aviser annuellement le bureau d'assurance-maladie de leur situation.

Paiement des services dispensés au Canada

Le paiement, aux hôpitaux, des services aux malades hospitalisés se fait selon le taux approuvé par le régime d'assurance-hospitalisation de la province d'accueil. Le paiement des services de consultation externe se fait au taux normalisé établi à l'égard de ces services par le Comité de coordination de la facturation réciproque. Le paiement peut être fait directement à la personne, à l'établissement où les soins sont dispensés ou en vertu de facturation réciproque entre les hôpitaux.

À l'exception du Québec, les services médicaux assurés fournis dans toutes les provinces sont payés en vertu d'un accord de facturation réciproque au taux de la province d'accueil. Certains services dont le coût est élevé sont payés au taux approuvé par le Comité de coordination de la facturation réciproque.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Depuis le 1er avril 1997, seuls les services non urgents sont couverts et payés en dollars canadiens. Les services hospitaliers aux patients hospitalisés sont remboursés au tarif journalier maximum de 100 $ et les services de consultation externe, au tarif de 50 $. Les services médicaux connexes sont payés aux taux en vigueur au Nouveau-Brunswick.

Dans le cas d'un service qui n'est pas disponible au Canada, le régime d'assurance-maladie négociera un tarif avec un fournisseur américain, pour autant que le service a été autorisé au préalable.

Il faut aussi obtenir une autorisation préalable pour les programmes de désintoxication administrés dans un hôpital étranger et pour les traitements administrés dans un établissement psychiatrique au Canada.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les habitants assurés qui déménagent de façon permanente ailleurs au Canada sont couverts jusqu'au dernier jour du deuxième mois qui suit le mois d'arrivée dans la nouvelle province. Toute personne qui quitte le Canada pour s'établir dans un autre pays cesse, dès son départ, d'être bénéficiaire.

Accessibilité

RÉGIMES DE SERVICES HOSPITALIERS ET DE SOINS MÉDICAUX

Accès raisonnable

Les personnes admissibles ayant en leur possession la carte d'assurance-maladie et d'hospitalisation du Nouveau-Brunswick ont droit aux services assurés.

Les statistiques préliminaires des hôpitaux pour 1998-1999 sont les suivantes : 836 191 jours-patients (nouveau-nés non compris); 104 873 congés; 772 099 consultations pour des soins d'urgence. En outre, il y a eu 432 720 consultations et 12 632 congés dans le cadre du Programme extra-mural.

Au cours de l'exercice 1998-1999, les omnipraticiens et spécialistes de la province ont facturé 5,3 millions de services en vertu des modalités de rémunération à l'acte.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux du Nouveau-Brunswick se voient confier un budget annuel global aux fins des services approuvés. Les versements sont faits aux hôpitaux toutes les deux semaines. Les dépenses totales au titre des services hospitaliers assurés administrés dans la province sont estimées à 644,9 millions de dollars pour 1998-1999. De plus, la province a versé environ 27,1 millions de dollars pour les services hospitaliers fournis hors de la province aux habitants du Nouveau-Brunswick.

Les hôpitaux du Nouveau-Brunswick ont pour leur part reçu des autres provinces et des territoires quelque 27,3 millions de dollars pour les services dispensés à des habitants de l'extérieur de la province.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins doivent présenter une demande de paiement renfermant l'information requise sur le patient et les services fournis. Un médecin qui désire exercer sa profession en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* doit se faire agréer auprès du conseil hospitalier régional pour recevoir un numéro de facturation du Ministre.

Rémunération raisonnable

La rémunération des médecins est fondée sur le barème des honoraires de la Société médicale du Nouveau-Brunswick. Les tarifs des services qui ne figurent pas dans ce barème sont établis par le directeur du régime de soins médicaux en consultation avec la Société. Au cours de 1998-1999, les paiements faits aux médecins de la province pour les services rémunérés à l'acte se sont élevés à 185,5 millions de dollars. Les paiements faits à des médecins de l'extérieur de la province se sont élevés à 7,4 millions de dollars.

Services complémentaires de santé

Au Nouveau-Brunswick, les soins prolongés ne sont pas assurés par le ministère de la Santé et des Services communautaires. Ils comprennent les services mentionnés ci-dessous, offerts soit en établissement ou à domicile.

En vertu du Programme de services en centre d'accueil, les soins en maison de repos sont dispensés sous les auspices de la Division des services en établissements du ministère de la Santé et des Services communautaires. D'autres soins aux adultes et foyers existent grâce à divers organismes et sources de financement. La Division des services sociaux, familiaux et communautaires du Ministère est responsable des programmes de résidences communautaires et d'autres foyers de soins spéciaux, des services communautaires pour les aînés et des services communautaires dans le cadre de programmes pour adultes handicapés, ces derniers pouvant ressortir à la Division de la santé mentale du Ministère.

Les soins de santé à domicile fournis par l'entremise du Programme extra-mural comprennent les soins actifs (médicaux et chirurgicaux), les soins palliatifs et les soins prolongés. Ce sont des services assurés en vertu du régime de services hospitaliers.

Québec

Gestion publique

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation du Québec est géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le régime d'assurance-maladie du Québec est administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, organisme public établi par le gouvernement provincial et qui relève du ministre de la Santé et des Services sociaux. Les deux régimes sont gérés sans but lucratif, et tous les livres et comptes sont vérifiés par le Vérificateur général de la province.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Le réseau d'établissements régi par le ministère de la Santé et des Services sociaux comprend les centres hospitaliers, certains centres d'hébergement et de soins de longue durée (anciens centres hospitaliers de soins de longue durée)* et les centres locaux de services communautaires (CLSC).

Le traitement des maladies physiques et mentales est assumé par les centres hospitaliers et par certains centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Les services assurés aux malades hospitalisés sont dispensés dans les unités d'hospitalisation des centres hospitaliers tandis que les services assurés de consultation externe sont principalement dispensés dans les centres d'hébergement et dans les CLSC.

Les services assurés aux malades hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les soins infirmiers nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; les services de diagnostic; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les médicaments; les prothèses et les orthèses pouvant être intégrées à l'organisme humain; les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des installations de radiothérapie, de radiologie et de physiothérapie; les services fournis par le personnel du centre hospitalier.

Les services de consultation externe comprennent : les services cliniques de soins psychiatriques; les soins en électrochocs, l'insulinothérapie et la thérapie du comportement; les soins d'urgence; les soins en chirurgie de moindre importance (chirurgie d'un jour); la radiothérapie; les services de diagnostic; la physiothérapie; l'ergothérapie; les services d'inhalothérapie, d'audiologie, d'orthophonie et d'orthoptique; d'autres services ou examens exigés par une loi du Québec.

D'autres services sont assurés : les services à des fins de contraception mécanique, hormonale ou chimique; les services de stérilisation chirurgicale, dont la ligature des trompes et la vasectomie; la réanastomose des trompes ou des canaux déférents.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux administre gratuitement un programme de transport par ambulance pour les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : la chirurgie plastique; la fécondation *in vitro*; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision; le téléphone; les médicaments et

---

* Depuis le 1er octobre 1992, les centres hospitaliers de soins de longue durée et les centres d'hébergement font partie d'une seule catégorie d'établissements (centres d'hébergement et de soins de longue durée—CHSLD) sans que leur mission spécifique ne soit modifiée pour autant.

les produits biologiques prescrits après le congé du patient; les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ou d'autres lois fédérales ou provinciales.

Régime de soins médicaux

Les services assurés par ce régime comprennent : les services médicaux et chirurgicaux rendus par les médecins; les services de chirurgie buccale rendus dans un centre hospitalier ou un établissement universitaire déterminé par règlement, par les chirurgiens-dentistes et les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

Les services suivants ne sont pas considérés comme assurés : tout examen ou service non relié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie; la psychanalyse sous toutes ses formes, à moins que ce type de service ne soit rendu dans un établissement autorisé à cette fin par le ministre de la Santé et des Services sociaux; tout service dispensé à des fins purement esthétiques; toute chirurgie réfractive, sauf dans les cas où il y a eu échec documenté au port de verres correcteurs ou de lentilles cornéennes pour de l'astigmatisme de plus de 3,00 dioptries ou de l'anisométropie de plus de 5,00 dioptries, mesurées au plan cornéen; toute consultation par voie de télécommunication ou par correspondance; tout service rendu par un professionnel à son conjoint ou à ses enfants; tout examen, toute expertise, tout témoignage, tout certificat ou toute autre formalité lorsqu'ils sont requis aux fins de la justice ou par une personne autre que celle qui a reçu un service assuré, sauf dans certains cas; toute visite faite dans le seul but d'obtenir le renouvellement d'une ordonnance; tout examen, tout vaccin, toute immunisation et toute injection lorsque le service est rendu à un groupe ou fourni à certaines fins; tout service rendu par un professionnel sur la base d'une entente ou d'un contrat avec un employeur, une association ou un organisme; tout ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes; toute ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin, à moins qu'un tel service ne soit rendu dans un centre hospitalier dans certains cas; tous les actes d'acupuncture; l'injection de substances sclérosantes et l'examen dispensé à cette occasion; la thermographie, la mammographie utilisée à des fins de dépistage, à moins que ce service ne soit rendu dans un lieu désigné par le Ministre dans l'un ou l'autre des cas, soit à une bénéficiaire âgée de 40 ans ou plus et de moins de 50 ans présentant un facteur de risque important associé au cancer du sein et à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi par cette bénéficiaire depuis deux ans, ou encore à une bénéficiaire âgée de 50 ans ou plus à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi par cette bénéficiaire depuis deux ans; la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique, l'usage des radionucléides *in vivo* chez l'humain et l'ultrasonographie, à moins que ces services ne soient rendus dans un centre hospitalier; tout service de radiologie ou d'anesthésie rendu par un médecin, s'il est requis en vue de dispenser un service non assuré, à l'exception d'un service dentaire rendu dans un centre hospitalier; tout service de chirurgie transsexuelle, à moins qu'il ne soit rendu sur recommandation d'un médecin spécialiste en psychiatrie et dans un centre hospitalier reconnu à cet effet; tout service qui n'est pas associé à une pathologie et qui est rendu par un médecin à un bénéficiaire ayant entre 18 et 65 ans, à moins que ce bénéficiaire ne détienne un carnet de réclamation, pour un problème de daltonisme ou de réfraction, dans le but d'obtenir ou de renouveler une ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes.

En plus des services de santé assurés de base, la Régie couvre également, avec des restrictions pour certains habitants du Québec au sens de la *Loi sur l'assurance-maladie* et les prestataires de la Sécurité du revenu, les services optométriques; les services dentaires pour les enfants et les prestataires de la Sécurité du revenu, et les prothèses dentaires acryliques pour les prestataires de la Sécurité du revenu; les prothèses, les appareils orthopédiques, les aides à la locomotion et à la posture, et les autres équipements qui suppléent à une déficience physique; les prothèses mammaires externes; les prothèses oculaires; les aides auditives, les aides de suppléance à l'audition et

les aides visuelles pour les personnes ayant un handicap auditif ou visuel; les appareils fournis aux stomisés permanents.

Par ailleurs, en matière d'assurance-médicaments, depuis le 1er janvier 1997, la Régie couvre, outre sa clientèle habituelle (prestataires de la Sécurité du revenu et personnes âgées de 65 ans ou plus), les personnes qui autrement n'auraient pas accès à un régime privé d'assurance-médicaments. Le nouveau régime d'assurance-médicaments couvre un peu plus de trois millions de personnes.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

L'inscription à l'assurance-hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie de l'assurance-maladie ou de fournir une preuve de résidence pour établir l'admissibilité. Toute personne qui réside ou est réputée résider au Québec doit être inscrite à la Régie de l'assurance-maladie pour être admissible aux programmes d'assurance-maladie. Les services reçus par les membres réguliers des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas assurés par le régime. Aucune prime n'est perçue.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Une personne qui s'établit au Québec après avoir quitté une province canadienne devient bénéficiaire du régime d'assurance-maladie du Québec lorsqu'elle cesse d'avoir droit aux bénéfices de la province d'origine, pour autant qu'elle s'inscrive à la Régie.

Lorsqu'ils séjournent 183 jours ou plus à l'extérieur du Québec, les étudiants et les stagiaires à temps complet et sans rémunération peuvent conserver leur statut de résidant du Québec dans le premier cas pendant au plus quatre années civiles consécutives et dans le deuxième cas, pendant au plus deux années civiles consécutives. Les fonctionnaires du gouvernement du Québec, les employés d'un organisme sans but lucratif dont le siège social est au Canada et qui travaillent à l'étranger dans un programme d'aide ou de coopération reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que les conjoints et les personnes à charge de l'une ou l'autre de ces personnes maintiennent leur statut d'habitant de la province pourvu qu'ils avisent la Régie de leur absence.

Il en est de même pour les personnes qui séjournent dans une autre province pour y chercher ou y occuper un emploi temporaire ou exécuter un contrat alors que leur famille demeure au Québec ou qu'elles y conservent une résidence. Leur statut de résidant peut être conservé pendant au plus deux années civiles consécutives.

Les personnes qui occupent un emploi ou exécutent un contrat hors du Québec pour le compte d'une société dont le siège social est au Québec ou qui sont à l'emploi du gouvernement fédéral et en service hors du Québec maintiennent également leur statut d'habitant de la province pourvu que leur famille demeure au Québec ou qu'elles y conservent une résidence.

Maintiennent également leur statut d'habitant de la province les personnes qui séjournent à l'extérieur 183 jours ou plus sans excéder 12 mois au cours d'une même année civile, à condition que cette absence n'ait lieu qu'une fois tous les sept ans et pourvu qu'elles en avisent la Régie.

Certaines catégories de résidants, notamment les résidants permanents au sens de la *Loi sur l'immigration*, les Canadiens rapatriés et ceux qui s'établissent à nouveau au Canada, les membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada qui n'ont pas acquis la qualité d'habitants du Québec et les

détenus des pénitenciers fédéraux, deviennent bénéficiaires dès le premier jour de leur arrivée, de leur élargissement ou de leur libération. Une couverture immédiate est également fournie aux ressortissants étrangers qui détiennent un permis de travail et qui séjournent au Québec pour y occuper une charge ou un emploi pour une période de trois mois ou plus ou qui y séjournent en vertu d'un programme officiel de bourses d'études ou de stages du ministère de l'Éducation ou du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science.

Paiement des services dispensés au Canada

Les coûts des services hospitaliers reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou un territoire sont remboursés selon les termes de l'accord interprovincial de facturation réciproque en matière d'assurance-hospitalisation, convenu entre les provinces et territoires du Canada. Ces coûts sont remboursés soit au taux établi pour l'hospitalisation en salle et approuvé par la province d'accueil, ou au tarif interprovincial approuvé s'il s'agit de services de consultation externe ou d'intervention coûteux. Toutefois, depuis le 1er novembre 1995, lorsqu'un habitant de l'Outaouais est hospitalisé dans un centre universitaire d'Ottawa pour des soins non urgents ou des services offerts dans l'Outaouais, le gouvernement du Québec paie l'hôpital ontarien au tarif moyen des centres spécialisés de l'Outaouais.

Les coûts des services médicaux reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou un territoire sont remboursés au moindre montant, soit le montant effectivement payé ou celui qui aurait été payé par la Régie pour de tels services au Québec. Cependant, le Québec a négocié une entente permanente avec l'Ontario de façon à ce que les médecins d'Ottawa soient rémunérés selon le barème ontarien lorsqu'ils dispensent des soins en cas d'urgence et lorsque les services spécialisés fournis ne sont pas offerts dans la région de l'Outaouais. Cette entente est entrée en vigueur le 1er novembre 1989. Une entente semblable a été signée en décembre 1991 pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue et de North Bay.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Depuis le 1er septembre 1996, les services hospitaliers dispensés à l'extérieur du Canada en situation d'urgence ou de maladie subite sont remboursés par la Régie, généralement en dollars canadiens, jusqu'à concurrence de 100 $CAN par jour s'il y a eu hospitalisation, y compris dans le cas d'une chirurgie d'un jour, ou de 50 $ par jour pour les soins dispensés sur une base externe.

Toutefois, les traitements d'hémodialyse sont payés jusqu'à concurrence de 220 $ par traitement. Dans ces cas, la Régie rembourse les services professionnels associés. Les services doivent être dispensés dans un hôpital ou un centre hospitalier reconnu et agréé par les autorités compétentes. Aucun remboursement n'est effectué pour des maisons de repos, des stations thermales ou d'autres endroits analogues.

Les étudiants, les stagiaires, les fonctionnaires québécois en poste à l'étranger, les missionnaires et les employés d'un organisme sans but lucratif œuvrant dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux doivent communiquer avec la Régie pour déterminer leur admissibilité. Si la Régie leur reconnaît un statut particulier, ils sont remboursés sous forme d'assurance-hospitalisation à 100 p. 100 dans les cas d'urgence ou de maladie subite et à 75 p. 100 dans d'autres cas lorsque les services sont dispensés dans la région où ils sont en poste.

Les services assurés rendus par les médecins, les dentistes, les chirurgiens buccodentaires et les optométristes sont remboursés au tarif qui aurait été payé par la Régie à un professionnel de la santé reconnu du Québec, jusqu'à concurrence des frais réellement assumés. Tous les services assurés dans la province sont remboursés au tarif du Québec, habituellement en dollars canadiens, lorsqu'ils sont dispensés à l'étranger.

Les bénéficiaires qui doivent recevoir à l'étranger des services médicaux en milieu hospitalier qui ne sont pas offerts au Québec ou au Canada sont remboursés à 100 p. 100 avec autorisation préalable pour les services médicaux et hospitaliers répondant à certaines conditions. Les responsables du régime n'accordent pas leur consentement si le service hospitalier en question est offert au Québec ou au Canada.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir dans une autre province du Canada demeure bénéficiaire jusqu'à concurrence de trois mois après son départ.

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir en permanence dans un autre pays cesse, dès le jour de son départ, d'être bénéficiaire.

Accessibilité

RÉGIMES D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET DE SOINS MÉDICAUX

Accès raisonnable

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé adéquats sans discrimination d'aucune sorte.

Les médecins québécois ne pratiquent pas la surfacturation. La plupart des médecins exercent leur profession en conformité avec le régime provincial, mais le Québec permet deux autres options : celle des professionnels désengagés qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, mais qui acceptent d'être rémunérés suivant le tarif prévu par l'entente provinciale, et celle des professionnels non participants qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, de sorte que ni eux ni leurs patients ne reçoivent de remboursement de la Régie.

Au 1er janvier 1999, le Québec comptait 126 établissements ayant une mission de centre hospitalier pour une clientèle souffrant de maladie aiguë. À la même date, on comptait 23 545 lits de courte durée au permis de ces établissements. Par ailleurs, dans les établissements hospitaliers du Québec, il y eu entre le 1er avril 1997 et le 31 mars 1998* plus de 786 000 admissions pour des séjours de courte durée et près de 273 000 inscriptions en chirurgie d'un jour. Ces hospitalisations et inscriptions ont représenté plus de 6 781 492 jours d'hospitalisation.

Paiements aux centres hospitaliers

Le financement d'un centre hospitalier par le ministère de la Santé et des Services sociaux s'effectue par l'entremise de paiements en rapport avec le coût des services assurés fournis.

Les paiements versés en 1997-1998* aux établissements ayant mission de centre hospitalier pour les services de santé assurés fournis aux habitants du Québec se sont élevés à environ 4,96 milliards de dollars, et les paiements versés aux centres hospitaliers de l'extérieur se sont élevés à environ 75 005 000 $.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins sont rémunérés selon les tarifs prévus et négociés. Les médecins désengagés sont rémunérés directement par le patient selon le barème des honoraires après que celui-ci a été payé par la Régie. Les médecins non participants sont rémunérés directement par le patient selon le tarif exigé.

Rémunération raisonnable

La rémunération raisonnable pour tous les services de santé assurés dispensés par les professionnels de la santé est établie par la loi. Le Ministre peut conclure une entente avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé. Cette entente peut prévoir un taux de rémunération différent pour

* La dernière année pour laquelle ces données sont disponibles.

la fourniture des services médicaux dans un territoire où les effectifs de la santé sont considérés comme insuffisants. Le Ministre peut aussi prévoir un taux de rémunération différent pour les médecins et les spécialistes durant les premières années d'exercice selon le territoire ou l'activité en cause. Ces dispositions font suite à la consultation menée auprès des organismes représentatifs des groupes professionnels.

En 1998-1999, la Régie a versé un montant évalué à 2 194,6 millions de dollars aux médecins de la province alors que le montant évalué pour les services médicaux hors de la province s'élevait à 8,9 millions de dollars.

Services complémentaires de santé

Des soins intermédiaires, des soins aux adultes en établissement et des soins à domicile sont offerts. Les admissions sont coordonnées à l'échelle régionale et sont fondées sur un outil d'évaluation unique. Les CLSC reçoivent les candidats, évaluent leurs besoins en matière de santé et prennent des dispositions en vue de la prestation de services, comme les programmes de centre de jour ou les soins à domicile, ou orientent ces personnes vers les organismes appropriés.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux offre certains services de soins à domicile qui comprennent les services de soins infirmiers et d'aide, les services d'aides familiales et la surveillance médicale.

Les résidences, de même que les unités de soins prolongés des hôpitaux de soins de courte durée, mettent l'accent sur le maintien de l'autonomie et des capacités fonctionnelles de leurs clients en leur fournissant toute une gamme de programmes et de services, y compris des soins de santé.

Ontario

Gestion publique

Le régime d'assurance-santé de l'Ontario a été créé en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, afin d'offrir une assurance à l'égard des coûts des services offerts dans les hôpitaux et les établissements de santé par des médecins et d'autres professionnels de la santé. Le régime est géré sans but lucratif par le ministère de la Santé. Les comptes et opérations financières sont vérifiés par le Vérificateur provincial et sont publiés dans les Comptes publics de l'Ontario.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés aux malades hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des salles d'opération, d'obstétrique et d'accouchement, et des installations d'anesthésie.

Les services de consultation externe assurés comprennent : les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques; l'usage des installations de radiothérapie, d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie là où elles existent; les services de consultation en matière d'alimentation; le matériel pour l'hémodialyse et la suralimentation à domicile ainsi que les fournitures et les médicaments; le matériel, les fournitures et les médicaments utilisés à domicile par les hémophiles; la cyclosporine pour les personnes qui ont subi une greffe; la zidovudine, la didanosine, la zalcitabine et la pentamidine pour les personnes infectées par le VIH; l'hormone de croissance obtenue par biosynthèse pour les personnes souffrant d'un défaut de croissance hormonale; les médicaments pour le traitement de la fibrose kystique et de la thalassémie; l'érythropoïétine pour les personnes atteintes de l'anémie associée à l'insuffisance rénale terminale; l'alglucérase pour les patients atteints de la maladie de Gaucher; la clozapine pour les personnes atteintes de schizophrénie pharmacorésistante. L'administration du vaccin antirabique à l'hôpital est un service de consultation externe gratuit pour les personnes assurées.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : les frais additionnels pour une chambre privée ou semi-privée, sauf sur ordonnance d'un médecin; le téléphone; la télévision; les coûts des services infirmiers privés; la chirurgie esthétique, dans la plupart des cas; les médicaments emportés à la maison par les patients, avec certaines exceptions; les visites à l'hôpital, sur le territoire de la province, aux seules fins d'administration de médicaments, sous réserve de certaines exceptions.

En plus des services hospitaliers assurés, l'Ontario offre également des services de longue durée, des services en santé mentale, y compris les services des hôpitaux psychiatriques de la province; la composante des résidences du Programme pour foyers de soins spéciaux; les services d'ambulance aérienne et terrestre, y compris la composante du copaiement par le patient; les traitements dentaires pour les personnes qui ont une fissure labiale ou une fente palatine et qui sont inscrites à une clinique désignée; le financement d'un programme de dépistage du cancer du sein.

Régime de soins médicaux

Les services médicaux assurés comprennent tous les services médicalement nécessaires offerts par des médecins. Les services de médecins assurés qui sont offerts dans des établissements, au cabinet ou à domicile comprennent : le diagnostic et le traitement des troubles d'ordre médical; les examens médicaux et les tests; les interventions chirurgicales; les services de maternité; l'anesthésie; les services de radiologie et de laboratoire dans des

installations approuvées; les immunisations, les injections et les tests. Les services dentaires assurés comprennent : le traitement des blessures traumatiques; les incisions chirurgicales; l'excision de tumeurs et de kystes; le traitement des fractures; les homéogreffes; les implants; les reconstructions faites dans un hôpital à l'aide de matériel étranger à l'organisme humain et d'autres traitements dentaires déterminés, lorsqu'il est médicalement nécessaire qu'ils soient effectués à l'hôpital.

Outre les services de santé de base assurés, le ministère de la Santé finance également en partie les services suivants : les évaluations oculo-visuelles régulières pratiquées par les optométristes; un programme d'assurance-médicaments pour les personnes qui ont légalement le droit de demeurer au Canada et qui habitent en Ontario, et qui appartiennent à l'un ou l'autre des groupes suivants :

- personnes âgées de 65 ans ou plus;
- personnes vivant dans un établissement de soins de longue durée;
- personnes vivant dans un foyer de soins spéciaux;
- personnes bénéficiant de soins professionnels en vertu du programme de soins à domicile;
- bénéficiaires du régime d'assurance-médicaments Trillium;
- bénéficiaires de l'aide sociale (bien-être ou avantages familiaux).

Depuis le 15 juillet 1996, tous les bénéficiaires paient une partie des coûts attachés à chaque ordonnance.

Le régime d'assurance-médicaments Trillium est offert à toutes les personnes admissibles au régime universel d'assurance-santé dont une grande partie du revenu est consacrée à l'achat de médicaments d'ordonnance. Le Ministère offre également un programme d'assistance en matière d'appareils, qui fournit les articles suivants : l'oxygène à domicile, les prothèses, les prothèses auditives, les aides visuelles et les aides à la communication, les fauteuils roulants, l'équipement respiratoire et les fournitures, et une subvention annuelle pour les aiguilles et les seringues destinées aux aînés diabétiques qui ont besoin d'insuline; un programme de subventions pour les frais de transport à des fins médicales, offert aux habitants du Nord de l'Ontario; dans une certaine mesure, les services de chiropraticiens, de sages-femmes, d'ostéopathes et de podologues, et les services de physiothérapeutes dans une installation désignée à cette fin.

Les services non assurés comprennent : les déplacements pour rendre visite à une personne assurée à l'extérieur de la région d'exercice; les frais d'interurbains; la préparation ou la remise d'un médicament, d'un antisérum, d'un antigène ou d'une autre substance; les consultations téléphoniques à la suite d'une demande de la personne assurée ou de son représentant; une entrevue ou une conférence de cas; la préparation et la transmission d'un dossier à la demande de la personne assurée; un service reçu, en tout ou en partie, pour la production ou la préparation d'un document ou la transmission de renseignements dans des circonstances précises; la production ou la préparation d'un document ou la transmission de renseignements à une personne autre que la personne assurée dans des circonstances précises; la rédaction d'une ordonnance lorsqu'aucun service connexe n'est rendu; la chirurgie esthétique; tous les actes d'acupuncture; les tests psychologiques; les programmes de dépistage de groupe; les programmes de recherche et d'enquête. Cette liste n'est pas exhaustive et est sujette à des exceptions (voir l'article 24 du règlement 552 relevant de la *Loi sur l'assurance-santé de l'Ontario* et le Barème des prestations des médecins).

Universalité

Sous réserve de certaines exceptions, tous les habitants de l'Ontario ont droit aux services assurés après une période d'attente de trois mois. Le règlement qui relève de la *Loi sur l'assurance-santé de l'Ontario* définit quels types de personnes sont des habitants de l'Ontario et quels types sont soumis à la période d'attente de trois mois (voir l'article 11 de la *Loi*

sur l'assurance-santé de l'Ontario et les règlements 490 et 491-94).

Chaque habitant de l'Ontario doit s'inscrire lui-même. Tous les services hospitaliers, médicaux et dentaires assurés visés par les contributions fédérales sont offerts aux habitants de l'Ontario selon des modalités uniformes.

Transférabilité

Délai minimal de résidence

Sous réserve de certaines exceptions, les nouveaux habitants ou les personnes qui reviennent résider en Ontario et qui demandent à être couverts par l'assurance-santé doivent se soumettre à une période d'attente de trois mois avant d'être admissibles ou d'avoir droit aux services de santé assurés (voir le règlement 491-94).

Les habitants doivent avoir leur résidence permanente et principale en Ontario pendant au moins 153 jours au cours de toute période de 12 mois pour continuer d'avoir droit aux services assurés.

En vertu de l'Entente interprovinciale en matière d'admissibilité et de transférabilité, les habitants qui travaillent ou étudient temporairement dans une autre province canadienne continuent d'avoir droit aux services assurés. Pour éviter une interruption de la protection, ils doivent avertir le ministre de la Santé de leur intention de s'absenter.

Une personne assurée qui s'absente temporairement du pays pour son travail ou ses études peut également rester assurée. Toutefois, elle doit d'abord avertir le ministre de la Santé de son projet et recevoir confirmation de son admissibilité. Des restrictions s'appliquent relativement à la nature et à la durée du séjour à l'étranger.

Paiement des services dispensés au Canada

L'Ontario a conclu des accords réciproques avec toutes les autres provinces pour le paiement des services assurés fournis aux malades hospitalisés et externes. En ce qui concerne les malades hospitalisés, le taux payé est celui prévu par le régime de la province d'accueil. En ce qui a trait à la consultation externe, l'Ontario paie les frais normalisés autorisés par le Comité de coordination de la facturation réciproque.

L'Ontario participe également à une entente de facturation réciproque avec toutes les autres provinces, à l'exception du Québec (qui n'a signé d'entente de facturation réciproque avec aucune province ni territoire), en ce qui a trait aux services médicaux assurés.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Depuis le 1er septembre 1995, les taux quotidiens de remboursement des services hospitaliers d'urgence dispensés à l'extérieur du pays sont les suivants :

- un maximum de 400 $CAN pour des services à un patient hospitalisé;
- un maximum de 50 $CAN pour des services assurés en consultation externe;
- un maximum de 210 $CAN pour une dialyse.

Les services médicalement nécessaires d'un médecin ou d'un autre praticien admissible (chiropraticien, dentiste, optométriste, podologue et ostéopathe), dispensés à l'étranger, ainsi que les analyses de laboratoire requises de façon urgente hors du pays, sont remboursés au moindre des montants suivants : le taux prévu dans le barème des services du ministère de la Santé de l'Ontario ou le montant du service facturé.

Lorsqu'un traitement médicalement accepté ne peut être dispensé en Ontario, ou dans les situations où le patient risque de perdre la vie ou de subir des dommages physiques irréversibles, le médecin ontarien de ce patient peut faire une demande d'autorisation préalable du paiement de services de santé dispensés hors du pays. La demande doit être approuvée avant le départ du patient pour donner lieu à un paiement complet.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Un habitant de l'Ontario qui quitte cette province de manière permanente pour s'établir immédiatement dans une autre province canadienne a droit aux services assurés pendant trois mois à compter de la date de son départ.

Accessibilité

Accès raisonnable

Toutes les personnes assurées ont droit à tous les services hospitaliers et médicaux assurés pour lesquels le gouvernement fédéral verse des contributions. Aucun habitant dans le besoin ne peut se voir refuser des services de santé assurés.

En Ontario, les hôpitaux publics doivent accepter les personnes admises aux hôpitaux par des médecins. En conformité avec le paragraphe 19(2) de la *Loi canadienne sur la santé*, les frais modérateurs pour le logement et la pension imposés aux personnes atteintes de maladies chroniques sont autorisés après 60 jours. Une exemption en fonction du revenu est prévue dans le cas des personnes dans le besoin.

En 1998-1999, on comptait dans la province 188 hôpitaux publics, dotés en personnel et actifs, dispensant des soins généraux, de longue durée ou de réadaptation spéciale. Au cours de l'exercice, le nombre de jours-patients pour soins actifs a été de plus de 6 676 612 et le nombre de jours-patients pour soins chroniques, de plus de 2 515 730 dans les hôpitaux publics.

Un nombre adéquat de médecins assure un accès raisonnable aux services médicaux. Le Programme des services aux régions sous-desservies vise à assurer aux habitants des régions rurales ou éloignées de la province un meilleur accès aux services d'omnipraticiens. Quatre programmes ont été mis sur pied à l'intention des habitants du Nord de l'Ontario : les Plans de financement de la médecine de groupe dans le Nord (PFMGN) et les contrats communautaires offrent une somme forfaitaire aux groupes de médecins offrant des soins primaires (non rémunérés à l'acte); le Programme de subventions d'encouragement procure une aide financière aux ominpraticiens et aux spécialistes pratiquant dans une des régions sous-desservies; la Subvention pour frais de transport à des fins médicales, accordée aux habitants du Nord de l'Ontario, fournit une aide financière aux malades qui doivent parcourir au moins 100 kilomètres (aller) dans le Nord de l'Ontario ou du Manitoba, ou au moins 200 kilomètres (aller) pour se rendre à tout autre endroit en Ontario pour recevoir des soins hospitaliers et médicaux spécialisés.

L'adoption de la *Loi sur l'accessibilité aux services de santé* a éliminé les obstacles financiers qui limitaient l'accès aux services assurés de médecins, de dentistes et d'optométristes. Les médecins et les optométristes qui facturent directement le malade ne peuvent demander ni accepter de paiements dépassant le montant payable en vertu du régime pour des services assurés fournis à des personnes assurées.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux généraux publics de la province sont payés sur une base budgétaire qui comprend tous les coûts raisonnables des services assurés. Le système budgétaire ontarien est un système de remboursement prospectif tenant compte des facteurs suivants : l'accroissement de la charge de travail, les coûts attachés aux programmes provinciaux prioritaires et l'accroissement des coûts par suite de la croissance très rapide de la prestation des services dans certains lieux géographiques. Les hôpitaux reçoivent des versements deux fois par mois.

En 1996-1997, l'Ontario a versé un montant de l'ordre de 7,4 milliards de dollars aux hôpitaux pour les services assurés fournis aux habitants de l'Ontario. Ce montant a été de 6,7 milliards de dollars en 1997-1998. De plus, 33,9 millions de dollars ont été versés en 1997-1998 et 31,3 millions de dollars en 1998-1999 aux hôpitaux de l'extérieur de la province en vertu de l'entente de facturation réciproque.

Mode de paiement des soins médicaux

Les services assurés fournis par les médecins et les dentistes de la province sont essentiellement payés à l'acte, selon le barème des honoraires prévu par le règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*. Les médecins peuvent choisir de participer au régime et de facturer à ce dernier tous les services, ou de ne pas participer au régime et de facturer aux patients tous les services. Dans ce dernier cas, lorsque le patient soumet sa facture au régime, deux conditions s'appliquent : le montant facturé par le médecin ne doit pas dépasser celui autorisé dans le régime; le médecin ne doit pas, sauf autorisation expresse du patient, accepter de paiement avant que le patient n'ait lui-même été remboursé.

La proportion du nombre de médecins qui ne participent pas au régime par rapport à ceux qui y adhèrent s'établit à environ un p. 100 depuis l'adoption de la *Loi sur l'accessibilité aux services de santé*.

En Ontario, les médecins non participants peuvent facturer directement au régime les services fournis à certains groupes de patients précis et, par l'entremise d'un groupement médical, les services fournis dans des hôpitaux publics, des maisons de repos et d'autres établissements.

En vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, l'Ontario agrée et finance des établissements de santé autonomes qui fournissent au public des services médicaux assurés lorsque le coût de ces services n'est pas visé par les dispositions relatives aux honoraires des médecins du règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*. Il existe deux types d'établissements de santé autonomes. Les établissements de diagnostic sont financés à l'acte pour effectuer la plupart des scintigraphies (imagerie) et des épreuves fonctionnelles respiratoires. Les établissements de consultation externe sont chargés des interventions chirurgicales et thérapeutiques comme l'ablation des cataractes, le traitement par laser des troubles rétiniens, l'avortement, l'hémodialyse (soins prolongés), la chirurgie plastique, le traitement par laser des affections dermatologiques et la chirurgie gynécologique. À l'heure actuelle, l'Ontario agrée et finance quelque 930 établissements de diagnostic et 25 établissements de consultation externe. La *Loi sur les établissements de santé autonomes* interdit aux établissements de facturer les frais généraux aux clients qui reçoivent un service médical assuré.

Rémunération raisonnable

En 1997, le gouvernement de l'Ontario a conclu une entente de trois ans avec l'Association médicale de l'Ontario sur les honoraires à verser aux médecins. Pour l'exercice 1998-1999, les services des médecins ont coûté 4,3 milliards de dollars. Un comité mixte de la rémunération des médecins, composé du ministre de la Santé et de représentants de l'Association, revoit la question du barème des honoraires du régime et fait rapport à un comité conjoint composé du Ministre et de médecins de l'Association. Une commission indépendante a été formée en 1997 pour formuler des recommandations sur le rajustement du barème des honoraires demandés pour les services des médecins. Un rapport est attendu en l'an 2000.

Des membres du gouvernement et de l'Association dentaire de l'Ontario négocient des accords sur les rajustements à apporter au barème des honoraires du régime qui visent les services dentaires assurés fournis dans les hôpitaux*.

* 1998-1999 - 8 164 950,15 $

Services complémentaires de santé

Le ministère de la Santé subventionne les soins prolongés fournis dans les maisons de repos, les foyers pour aînés et les établissements de charité qui relèvent du ministère des Services sociaux et communautaires. De plus, il existe des services de soins actifs et de soins prolongés à domicile, notamment des services d'hémodialyse et de suralimentation.

L'Ontario entreprend actuellement une réforme importante et détaillée de la prestation, du financement et de l'administration des services de soins de longue durée, qui mettra l'accent sur les services communautaires et les services à domicile comme remplacement des soins traditionnels en établissement.

Manitoba

Gestion publique

Le programme des services de santé assurés du Manitoba est géré par le ministère de la Santé, par l'intermédiaire du Régime d'assurance-maladie du Manitoba, créé par le gouvernement en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Le régime fournit une assurance relative aux services hospitaliers, aux services médicaux et aux autres services de santé.

Le Ministère doit soumettre au ministre de la Santé un rapport annuel sur le Régime, y compris un bilan vérifié ainsi qu'un état vérifié des revenus et dépenses d'exploitation. Les comptes et les opérations financières sont vérifiés par le bureau du Vérificateur de la province.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services hospitaliers assurés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; les fournitures médicales et chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; l'usage des installations de radiothérapie, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie là où elles existent. La plupart des services de consultation externe sont assurés, y compris la dialyse dans un centre approuvé. Dans certains cas, l'hôpital peut facturer les médicaments et les pansements que les malades emportent à domicile.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; les services infirmiers privés; les commodités personnelles, dont la télévision, la radio et le téléphone.

Les services ne sont pas assurés s'ils sont dispensés aux assurés en vertu d'autres lois.

Régime de soins médicaux

Sont assurés les services suivants dispensés par un médecin dans un établissement, à son cabinet ou au domicile du patient : le diagnostic et le traitement des incapacités et des maladies; les analyses et examens médicaux; les actes chirurgicaux; les services de maternité; les services d'anesthésie; les services de radiologie et de laboratoire dispensés dans un établissement approuvé par le ministère de la Santé; les services d'immunisation, d'injection et d'analyses. Les services dentaires assurés, seulement lorsqu'ils doivent être dispensés dans un hôpital par un chirurgien bucco-dentaire et maxillaire agréé ou un dentiste agréé, comprennent : l'extraction chirurgicale de dents incluses; la réfection de traumatismes aux tissus mous à l'intérieur et autour de la bouche; en cas d'urgence ou à la demande spéciale d'un médecin, l'exécution d'une réduction orthopédique de fractures de la mandibule ou du maxillaire, pratiquée par un médecin ou une personne participant à une telle intervention.

Les services médicaux non assurés comprennent : les examens et les rapports établis à des fins d'emploi, d'assurance, de fréquentation d'une université ou d'un camp, ou encore les services rendus à la demande de tiers; les services d'immunisation et autres services offerts à des groupes, sauf s'ils sont autorisés par le ministère de la Santé; les soins que des médecins, dentistes, chiropraticiens ou optométristes se dispensent à eux-mêmes ou dispensent aux personnes à leur charge; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats, de communications et de témoignages devant un tribunal; le kilométrage ou le temps des déplacements; les consultations téléphoniques; les services de psychologues, pédicures, naturopathes, podologues et autres praticiens dont les services ne sont pas

mentionnés dans la législation; la fécondation *in vitro*; l'enlèvement de tatouages; l'ajustement de lentilles cornéennes; le rétablissement de la fécondité; la psychanalyse.

En plus des services de santé de base assurés, le ministère de la Santé fournit, avec des restrictions, les services suivants : un programme d'assurance-médicaments; les lunettes pour les aînés; les lentilles cornéennes pour les aînés et pour les enfants souffrant d'anomalies congénitales; les appareils et services d'orthèses et de prothèses; les appareils de télécommunication pour les sourds profonds et les personnes souffrant de troubles de la parole; les prothèses oculaires; les prothèses mammaires et les soutiens-gorge médicaux; les soins dentaires pour les patients qui ont une fissure labiale ou une fente palatine, ou qui souffrent d'une dysplasie prononcée; les prothèses auditives et les chaussures orthopédiques pour les enfants; un programme de transport d'urgence par ambulance aérienne; le transport des patients résidant dans le Nord qui doivent subir des traitements médicaux; une subvention pour les frais de transport hors de la province pour les patients qui doivent subir des traitements médicaux non offerts dans la province; dans une certaine mesure, les services de chiropraticiens et d'optométristes. Le Ministère administre aussi le Land Ambulance Services Program, qui fournit des subventions pouvant être utilisées pour acheter des ambulances et de l'équipement ou pour subventionner les coûts d'exploitation.

Universalité

Tous les habitants, à l'exception des membres des Forces canadiennes, des membres de la Gendarmerie royale du Canada, des détenus des pénitenciers fédéraux et des étudiants d'une autre province, qui ont légalement le droit d'habiter au Canada, qui élisent domicile au Manitoba et qui y sont présents physiquement au moins six mois au cours d'une année, sont admissibles à la couverture sous réserve d'un délai minimal de carence (voir la section sur la transférabilité). Tous les habitants du Manitoba doivent s'inscrire au Régime et y inscrire les personnes à leur charge. Tous les services hospitaliers, médicaux et dentaires assurés visés par les contributions fédérales sont offerts aux habitants du Manitoba selon des modalités uniformes. Aucune prime n'est exigée.

Transférabilité

Délai minimal de résidence

Les personnes qui arrivent au Manitoba et qui viennent d'une autre province deviennent admissibles aux services assurés le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée dans la province. Quant aux Canadiens qui reviennent au pays et aux immigrants reçus qui arrivent de l'étranger, ils sont admissibles à compter de leur arrivée au Manitoba. En outre, les étrangers qui sont dans la province en vertu de permis de travail valables pour une période de plus d'un an sont admissibles à la couverture, pour autant qu'ils soient physiquement présents dans la province durant toute la période visée par leur permis. Les membres libérés des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada ainsi que les détenus libérés des pénitenciers fédéraux sont assurés dès le premier jour de leur congé.

Les personnes qui quittent temporairement la province pour occuper un emploi à plein temps à l'extérieur du Canada en vertu d'un contrat écrit de travail peuvent continuer d'être assurées pendant une période pouvant aller jusqu'à 12 mois ou jusqu'à 24 mois. Les étudiants qui ont l'intention de retourner habiter au Manitoba à la fin de leurs études sont couverts pendant leurs études, pour autant qu'ils poursuivent des études à plein temps dans un établissement agréé. Une personne doit être physiquement présente dans la province pendant au moins six mois de chaque année civile afin d'être admissible à la résidence.

Paiement des services dispensés au Canada

Le Manitoba a conclu avec toutes les autres provinces, à l'exception du Québec, des accords de facturation réciproque pour les services hospitaliers et les services de consultation externe assurés. Il paie les frais des services hospitaliers selon les taux prévus par le régime de la province d'accueil, et les frais des services de consultation externe, selon les taux interprovinciaux standard autorisés.

Le paiement des services professionnels (médicaux) est effectué conformément à l'accord de facturation réciproque entre les provinces (sauf pour le Québec). Les demandes de paiement pour les services médicaux dispensés au Québec sont présentées par les patients ou par les médecins à la Direction générale des services assurés du Manitoba, qui paie les services au taux établi par la province d'accueil.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers reçus à l'extérieur du Canada à la suite d'un accident ou d'une maladie subite durant une absence temporaire sont payés comme suit :

- patient hospitalisé—au moindre des deux tarifs suivants : le tarif exigé par l'hôpital pour les services assurés fournis ou le taux quotidien prescrit dans la réglementation pour un hôpital du Manitoba dont le nombre de lits est semblable;
- services externes—au moindre des deux tarifs suivants : le tarif exigé par l'hôpital pour les services assurés fournis ou le tarif par visite prescrit dans la réglementation.

Les services hospitaliers reçus à l'extérieur du Canada, à la suite d'une recommandation d'un spécialiste compétent du Manitoba approuvée par le Ministre, lorsque ces services ne sont pas offerts ou ne peuvent être fournis adéquatement au Manitoba ou ailleurs au Canada, sont payés comme suit :

- patient hospitalisé—au plus élevé des taux suivants : 75 p. 100 des frais demandés par l'hôpital pour les services assurés fournis ou le taux quotidien prescrit dans la réglementation pour un hôpital du Manitoba dont le nombre de lits est semblable;
- services externes—au plus élevé des taux suivants : 75 p. 100 des frais demandés par l'hôpital pour les services assurés fournis ou un montant fixe de 100 $ par visite, prescrit dans la réglementation.

Le paiement des services hospitaliers se fait en dollars américains. Pour les prestations médicales urgentes et les malades orientés à l'extérieur du Canada par un spécialiste compétent avec l'approbation du Ministre, les paiements sont calculés selon le barème des honoraires qui figure dans le *Manitoba Physicians' Manual* et versés en dollars canadiens.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les habitants du Manitoba qui élisent domicile de façon permanente ailleurs au Canada continuent d'être admissibles jusqu'au dernier jour du deuxième mois qui suit le mois de leur arrivée dans leur nouveau lieu de résidence. Le Manitoba a conclu, avec toutes les autres provinces et tenir, des accords de facturation réciproque afin d'éviter qu'il y ait rupture de la continuité de couverture des services hospitaliers et médicaux nécessaires.

Les habitants du Manitoba qui déménagent à l'étranger sont admissibles aux services assurés jusqu'au dernier jour du deuxième mois qui suit la date de leur départ du Manitoba.

Accessibilité

Accès raisonnable

Les assurés ont droit à tous les services hospitaliers et médicaux assurés que visent les contributions fédérales.

Au 31 mars 1999, le Manitoba comptait au total 3 971 lits d'hôpitaux de soins actifs financés par la province et 772 autres lits également financés par la province (soins psychiatriques prolongés, soins palliatifs, maladies chroniques, évaluation et réadaptation à long terme et lits à panneaux) pour servir une population de 1 142 465 personnes.

Cinquante-sept pour cent des Manitobains vivent à Winnipeg, qui compte 2 169 lits de soins actifs et 502 autres lits financés par la province. Il y a, en outre, deux hôpitaux pour soins de longue durée et un établissement de soins psychiatriques pour adolescents.

Les régions rurales du Manitoba comptent 1 802 lits d'hôpitaux de soins actifs financés par la province et 270 autres lits également financés par la province. Elles sont aussi desservies par 2 hôpitaux fédéraux et 18 postes fédéraux de soins infirmiers. De plus, la population rurale du Manitoba a accès aux lits pour soins actifs de Winnipeg.

Si le nombre de médecins du Manitoba est comparable à celui des autres provinces, on note toutefois un problème persistant de pénurie dans certaines régions et selon certains secteurs de spécialité. Soucieux d'inciter des médecins à combler des postes vacants dans les secteurs ruraux, le ministère de la Santé du Manitoba a entrepris, de concert avec les conseils régionaux de la santé, une campagne intensive de recrutement, ce qui a permis de combler 46 postes vacants dans les secteurs ruraux.

Paiements aux hôpitaux

En conformité avec les dispositions de la *The Regional Health Authorities Act*, des ressources sont allouées à chaque conseil de santé, qui, à son tour, les alloue aux établissements de santé de sa juridiction selon le plan annuel de santé.

Les dépenses totales du ministère de la Santé au chapitre des soins actifs se sont élevées, pour l'exercice 1998-1999, à 924 893 800 $.

Mode de paiement des soins médicaux

La majorité des médecins de la province sont rémunérés selon un barème d'honoraires négocié avec l'Association médicale du Manitoba. Environ 28 p. 100 des honoraires des médecins sont établis sous forme d'arrangements autres que la rémunération à l'acte, par exemple en vertu de dispositions prévoyant le versement d'un salaire, d'un paiement à la séance ou d'une rémunération par bloc de prestation.

Les médecins peuvent choisir de se retirer du régime d'assurance-santé et de se faire payer directement par leurs patients, mais aucun médecin ne l'a fait à ce jour. La surfacturation, c'est-à-dire la facturation au-delà des taux négociés par le gouvernement, est interdite.

L'Association médicale du Manitoba et le ministère de la Santé ont collaboré à l'élaboration d'un barème de valeurs relatives, fondé sur les ressources disponibles, pour le paiement des services d'anesthésie. Une même démarche sera adoptée au besoin pour d'autres spécialités.

En 1998-1999, le ministère de la Santé du Manitoba a dépensé 412 022 600 $ au total pour les services médicaux. Ce montant comprenait une somme de 3 343 100 $ pour les services d'optométrie, 9 600 000 $ pour les services de chiropratique, 5 477 600 $ pour les services auxiliaires et 13 438 800 $ pour les services offerts à l'extérieur de la province.

Rémunération raisonnable

L'entente de cinq ans entre le gouvernement manitobain et l'Association médicale du Manitoba a pris fin le 31 mars 1998. Les parties ont convenu d'un processus d'arbitrage, et les auditions ont commencé à la fin d'octobre 1998. À ce jour, les parties ont accepté une augmentation de 13,4 p. 100 de la rémunération à l'acte, étalée sur quatre ans.

Services complémentaires de santé

Les services fournis aux personnes admissibles résidant dans des établissements de soins personnels sont assurés par le Régime d'assurance-maladie du Manitoba. Tous les établissements de soins personnels privés ou publics de la province sont agréés par le ministère de la Santé du Manitoba. Les clients de ces établissements paient des frais d'hébergement. Les dépenses assumées par le ministère de la Santé du Manitoba en matière de soins de longue durée se sont élevées, pour l'exercice financier 1998-1999, à 258 606 000 $ pour un nombre total de 9 141 lits de soins personnels financés par la province.

Le Manitoba Home Care est un programme qui fournit, dans l'ensemble de la province, une gamme de services de santé communautaires efficaces, fiables et souples dans le but de favoriser la vie autonome, d'aider les gens à rester à la maison et de faciliter l'accès aux soins en établissement lorsque les gens ne peuvent plus continuer à vivre dans leur communauté. Les soins à domicile, qui sont fournis par les bureaux locaux des conseils régionaux de la santé, comprennent divers services fondés sur une évaluation professionnelle des besoins individuels.

Le programme Manitoba Home Care offre aussi des fournitures et du matériel médicaux aux clients admissibles pour contribuer au succès de leur traitement.

Saskatchewan

Gestion publique

Régime d'assurance-hospitalisation

Le gouvernement de la Saskatchewan finance les services hospitaliers, qui sont gérés sans but lucratif. En 1998-1999, les services offerts ont été gérés par 32 conseils de district de santé créés en vertu de la *Health District Act* ainsi que par une autorité sanitaire dans le nord de la province. Les conseils de district de santé doivent rendre des comptes au gouvernement provincial et aux résidants qu'ils servent.

Régime de soins médicaux

Avant le 1er janvier 1988, le régime provincial de soins médicaux, le Medical Care Insurance Plan, était administré sans but lucratif par la commission d'assurance-santé de la Saskatchewan, la Medical Care Insurance Commission. Cette commission relevait du gouvernement provincial par l'intermédiaire du ministre de la Santé de la Saskatchewan.

Depuis cette date, le ministre de la Santé de la Saskatchewan est chargé de la gestion du Medical Care Insurance Plan. Les activités administratives du régime ont été intégrées à la Medical Services and Health Registration Branch du ministère provincial de la Santé.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les hôpitaux fournissent un éventail complet de services hospitaliers assurés, notamment : l'hébergement en salle commune; les services infirmiers nécessaires; l'usage des salles d'opération et d'accouchement; les pansements et plâtres ainsi que d'autres fournitures et matériaux chirurgicaux; les services de radiographie, de laboratoire et autres services diagnostiques; les services de radiothérapie; les anesthésiques et l'usage des installations d'anesthésie; les services de physiothérapie; tous les autres services offerts par des personnes faisant partie du personnel rémunéré de l'hôpital; les médicaments, les substances biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital et approuvés par le Ministre.

Les services non assurés, qu'ils soient fournis dans la province ou à l'extérieur de celle-ci, comprennent : les soins complémentaires dans la province; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; les services de personnes ne faisant pas partie du personnel de l'hôpital; les soins de garde, qu'ils soient fournis à l'hôpital ou au domicile du patient, et les soins et les traitements fournis dans des établissements spécialisés avant tout dans le traitement des troubles mentaux ou nerveux; la chirurgie esthétique, sauf certaines exceptions; le rétablissement de la fécondité; l'électrolyse; les prothèses péniennes; les services liés aux opérations des cataractes et aux imageries par résonance magnétique (IRM) hors de la province sans l'autorisation préalable et écrite du ministère de la Santé de la Saskatchewan; certains médicaments, substances biologiques et préparations connexes; les frais de déplacement (services d'ambulance), sauf les déplacements entre hôpitaux dans une même ville de la province; les services fournis à l'extérieur du Canada pour le traitement du cancer et qui font appel à des interventions thérapeutiques ou à des médicaments non approuvés au Canada; les médicaments et appareils que les patients emportent à domicile.

En plus de financer les services hospitaliers et les autres services de soins de santé assurés, le ministère de la Santé de la Saskatchewan finance directement divers organismes, programmes et activités, dont les suivants : la Saskatchewan Cancer Agency; les cliniques communautaires; le College of Medicine de l'Université de la Saskatchewan; la Société canadienne du sang.

Les médicaments prescrits dont le malade a besoin hors de l'hôpital sont admissibles au titre du programme de prestations à frais partagés du Saskatchewan Drug Plan.

Les prestations complémentaires comprennent les frais imputés aux patients pour le transport médical d'urgence (les services d'ambulance terrestre et les services gouvernementaux d'ambulance aérienne).

Régime de soins médicaux

Une gamme complète de services assurés est fournie par les médecins et les dentistes.

Les services non assurés par le régime de soins médicaux comprennent : les services assurés en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou d'autres lois fédérales ou provinciales; les frais de déplacement; les consultations téléphoniques; les traitements chirurgicaux exécutés à des fins esthétiques, sauf certaines exceptions; le rétablissement de la fécondité; les rapports ou certificats médicaux; les lunettes; les vaccinations de groupe; les services qu'une personne se dispense à elle-même ou aux personnes à sa charge; l'acupuncture; la fécondation *in vitro*; les examens psychiatriques ou physiques faits aux fins d'emploi, d'assurance, de poursuites judiciaires, etc.

En plus des services de santé de base assurés, la province offre également, avec des restrictions : un régime d'assurance-médicaments; un programme d'éducation en matière de soins dentaires pour les enfants; un régime de prothèses auditives; le Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL) Program, qui met du matériel et des appareils médicaux à la disposition des personnes handicapées; une couverture limitée pour les services fournis par les chiropraticiens et les optométristes; la couverture des services fournis par les pédicures.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

En vertu des *Saskatchewan Hospitalization Act and Regulations*, tous les assurés ont droit aux services couverts par le ministère de la Santé. Ne sont admissibles aux services médicaux assurés que les habitants de la province, c'est-à-dire les personnes légalement autorisées à rester au Canada, qui sont domiciliées et qui habitent ordinairement dans la province, ou encore toutes les personnes déclarées être des habitants par le Lieutenant-gouverneur en conseil. Pour être admissibles aux prestations, les habitants n'ont qu'à s'inscrire au régime. Aucune prime n'est exigée.

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles aux prestations : les étudiants d'une autre province qui sont admissibles ou qui ont droit à des services dans la province ou le territoire où ils habitent; les membres de la Gendarmerie royale du Canada; les membres réguliers des Forces canadiennes; les détenus des pénitenciers fédéraux.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence (politiques générales)

Les personnes célibataires sont admissibles aux services assurés à compter du premier jour du troisième mois qui suit la date à laquelle elles ont élu domicile en Saskatchewan. Les personnes mariées sont assurées à compter du premier jour du troisième mois qui suit la date à laquelle l'une ou l'autre devient habitante de la Saskatchewan, suivant la date qui est la plus tardive.

Sont admissibles aux services de santé assurés, sans délai de résidence : les membres libérés des Forces canadiennes; les membres de la Gendarmerie royale du Canada qui quittent leurs fonctions; les prisonniers libérés sur parole ou remis en liberté des pénitenciers; les détenus des prisons provinciales; les immigrants reçus; les personnes hospitalisées dans un hôpital ou dans un établissement psychiatrique; les personnes visées par la *Saskatchewan Assistance Act*. De plus, une couverture est offerte dès le premier jour pour les étrangers qui sont dans la province en vertu d'un permis de travail ou de séjour pour étudiants délivré par Citoyenneté et Immigration Canada.

Tout habitant continue d'être admissible au régime pendant les périodes d'absence temporaire sous réserve de l'une ou l'autre des conditions suivantes : il est physiquement présent en Saskatchewan pendant au moins six mois chaque année; il fréquente à plein temps un établissement d'enseignement agréé situé à l'extérieur de la province et a l'intention de reprendre résidence en Saskatchewan dans les 60 jours suivant la fin de ses études; il occupe un emploi à l'extérieur du Canada en vertu d'une entente contractuelle pour une période n'excédant pas 24 mois et a l'intention de retourner vivre en Saskatchewan une fois la période visée par le contrat terminée; il est ordinairement physiquement présent en Saskatchewan, mais en est temporairement absent pendant une période ne dépassant pas 12 mois consécutifs, pour des raisons de vacances, de visite, d'affaires ou d'emploi.

Paiement des services dispensés au Canada

Le ministère de la Santé paie les services hospitaliers assurés au taux de la province d'accueil. Les hôpitaux de l'extérieur de la Saskatchewan utilisent une formule de réclamation uniforme pour facturer le régime d'assurance-hospitalisation de leur province, par le truchement duquel les services en question sont ensuite facturés au ministère de la Santé.

Le régime de soins médicaux rembourse, en vertu de l'entente de facturation réciproque, le coût des services médicaux assurés offerts dans les autres provinces, à l'exception du Québec. Les médecins de l'extérieur de la province s'adressent directement au régime de leur province en ce qui concerne la facturation des services offerts aux habitants de la Saskatchewan. Les factures sont envoyées de façon périodique à la Medical Care Insurance Branch afin d'être acquittées.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services urgents assurés qui sont fournis dans les hôpitaux approuvés sont payés jusqu'à concurrence de 100 $CAN par jour.

Les services externes urgents qui sont fournis dans les hôpitaux approuvés à l'extérieur du Canada sont payés jusqu'à concurrence de 50 $CAN par visite.

Les services médicaux urgents assurés par la province, mais fournis à l'extérieur du Canada, sont habituellement payés en dollars canadiens aux taux approuvés en Saskatchewan. Les services hospitaliers et médicaux non urgents sont assurés seulement si l'autorisation préalable écrite a été obtenue du ministère de la Santé de la Saskatchewan.

Aucune autorisation préalable n'est exigée pour la couverture des services médicaux d'urgence aux taux de la Saskatchewan. Si le Medical Services Plan autorise au préalable un traitement qui sera fourni à l'étranger et qui n'est pas offert en Saskatchewan ni ailleurs au Canada, les médecins et les établissements de santé peuvent être payés à un taux raisonnable (y compris le taux de change) facturé à l'endroit où le service est obtenu.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les habitants qui élisent domicile, de façon permanente, à l'extérieur de la province ou du Canada continuent d'être admissibles au régime pendant le reste du mois au cours duquel s'effectue le déménagement, ainsi qu'au cours des deux mois qui suivent.

Accessibilité

RÉGIMES D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET DE SOINS MÉDICAUX

Accès raisonnable

La Saskatchewan déclare que les habitants de la province ont un accès raisonnable aux services hospitaliers et aux soins médicaux.

Au 31 mars 1999, la province comptait 71 hôpitaux pour soins actifs. Ces hôpitaux avaient en mars 1999 une capacité de 3 695 lits. De plus, 76 centres de santé offrent sur une base externe une variété de services de soins de santé allant de la promotion et de la prévention en matière de santé aux services d'urgence, de diagnostic et de traitement. Certains centres de santé offrent aussi des services de séjours de courte durée à des fins d'évaluation et d'observation. On compte aussi un hôpital de réadaptation. Il n'y a pas de frais modérateurs imposés pour les services hospitaliers.

La province compte 1 131 médecins actifs. Depuis le mois d'août 1985, toute surfacturation par les médecins, les dentistes, les chiropraticiens et les optométristes est interdite. Cependant, en vertu d'un nouveau système de paiement de participation introduit en 1992, les chiropraticiens peuvent maintenant facturer à la plupart de leurs patients un montant en sus du montant payé par le régime.

Paiements aux districts de santé et aux hôpitaux

La loi autorise le ministre de la Santé à faire des paiements aux districts de santé et aux hôpitaux. En 1994-1995, la Saskatchewan a adopté une approche de financement axée sur les besoins en fonction de la population. En vertu d'une telle approche, les fonds sont alloués aux conseils de santé de district selon les caractéristiques de leur population. Chaque conseil reçoit un budget global défini selon les grands secteurs de services (p. ex. les hôpitaux de soins actifs, les soins de soutien donnés en institution, les services à domicile) et est chargé de répartir les fonds alloués dans son budget pour répondre aux besoins et priorités que l'évaluation des besoins a mis à jour. Les districts peuvent aussi recevoir des fonds supplémentaires s'ils offrent des programmes hospitaliers spécialisés tels que l'hémodialyse, les scintigraphies (imagerie) spécialisées et les services respiratoires spécialisés. Le régime prévoit le versement de paiements semi-mensuels établis sur la base du coût estimatif raisonnable des services assurés fournis par chaque district de santé ou chaque hôpital au cours de l'exercice.

En 1998-1999, la Saskatchewan comptait 32 districts de santé établis en vertu de la *Health District Act*. En 1998, deux districts de santé ont été créés dans le nord de la province. En 1999, la Athabasca Health Authority a été fondée pour gérer les services de santé du bassin de l'Athabasca. Chaque district de santé reçoit des fonds pour l'ensemble de ses hôpitaux, centres de soins de santé, foyers de soins spéciaux, services d'ambulance et services de soins à domicile, centres de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies, centres de santé communautaire, services de santé mentale et centres d'hébergement. En 1998-1999, les fonds versés aux districts de santé et à la Athabasca Health Authority ont totalisé 1 168,9 millions de dollars (1 123,6 millions de dollars pour les frais de fonctionnement et 45,3 millions pour les frais d'immobilisations). Dans le cadre des ententes réciproques, les hôpitaux et les districts de santé de la Saskatchewan ont reçu 8,5 millions de dollars pour les services hospitaliers et 3,8 millions de dollars pour les services de consultation externe dispensés aux habitants d'autres provinces. Au cours de l'exercice, les paiements effectués pour des services hospitaliers assurés fournis à des habitants de la Saskatchewan à l'extérieur de leur province se sont élevés à 28,2 millions de dollars, soit 27,2 millions de dollars pour les services fournis au Canada et 1 million pour les services fournis à l'étranger.

Mode de paiement des soins médicaux

Le paiement de la majorité des services médicaux et dentaires assurés se fait suivant une formule de rémunération à l'acte, conformément au barème des honoraires et aux critères d'évaluation du Medical Services Plan.

D'autres modalités de paiement, par exemple les contrats de travail, les honoraires spéciaux et le travail salarié sont en vigueur pour certains services précis.

Rémunération raisonnable

La loi prévoit, entre autres, une méthode d'établissement d'une rémunération raisonnable pour les médecins. En vertu de ces dispositions, un comité de révision de la rémunération des médecins est mis en place, dont les membres sont nommés par le ministre de la Santé et la Saskatchewan Medical Association. Ce comité doit essayer d'en venir à une entente sur la somme qui doit être disponible pendant la période d'application de l'entente et sur les ajustements à apporter aux taux généraux des paiements au titre des services médicaux assurés tels qu'ils sont établis dans le barème des paiements des soins médicaux. Par ailleurs, la loi prévoit une commission d'enquête sur la rémunération des médecins, la Medical Compensation Review Board, qui sert de groupe d'arbitrage en cas d'impossibilité pour le comité d'en arriver à une entente.

Au cours de 1998-1999, 259,6 millions de dollars ont été versés aux médecins exerçant dans la province. Durant la même période, les paiements effectués pour des services médicaux assurés fournis à des habitants de la Saskatchewan à l'extérieur de leur province se sont élevés à 11 412 000 $, soit 10 897 600 $ pour les services fournis au Canada et 514 300 $ pour les services fournis à l'étranger.

Services complémentaires de santé

La province verse des fonds aux conseils de santé de district pour le financement de programmes de soins à domicile, d'autres soins communautaires et de foyers de soins spéciaux.

Les programmes de soins à domicile administrés par les conseils de santé de district fournissent une gamme variée de services : évaluation et coordination des soins, repas, soins infirmiers, aide familiale (soins personnels et relève), entretien ménager, divers services de bénévoles et, occasionnellement, thérapies. Les programmes d'aide communautaire comprennent des programmes de jour pour adultes et des programmes de services de relève.

Les foyers de soins spéciaux fournissent des soins en établissement aux adultes qui ne requièrent pas de soins actifs, mais qui ont besoin de plus de soins ou de surveillance que ce qu'ils recevraient chez eux.

Les foyers de soins personnels sont des établissements privés qui fournissent des soins en établissement aux personnes de plus de 18 ans. Ces établissements sont agréés et inspectés chaque année, en application de la *Personal Care Homes Act*. Cette loi a été adoptée en août 1989 et promulguée le 1er octobre 1991.

La province finance les programmes de santé communautaire, de santé mentale et de désintoxication offerts par un établissement, un foyer ou un organisme communautaire. Elle administre également certains programmes offerts par les districts de santé, comme des services de thérapie communautaires et de soins des pieds.

Alberta

Gestion publique

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation, le Hospitalization Benefits Plan, et le régime d'assurance-santé, le Health Care Insurance Plan, sont gérés sans but lucratif. Le ministre de la Santé est responsable des deux régimes, et les comptes sont vérifiés chaque année par le Vérificateur général de la province.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services hospitaliers assurés en vertu du régime d'assurance-hospitalisation comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques, ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital, sauf s'ils ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires, là où ils sont offerts; l'usage des installations de radiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, d'oxygénothérapie, de thérapie psychiatrique et de physiothérapie dispensés aux malades hospitalisés et externes, là où ces installations existent; les services fournis par le personnel rémunéré de l'hôpital; l'hébergement en chambre semi-privée ou privée lorsque cette mesure se justifie pour des raisons médicales; les soins infirmiers privés, lorsque ceux-ci sont prescrits par le médecin traitant et approuvés conformément aux règlements de l'hôpital; les stimulateurs cardiaques, les plaques en acier, les broches, les prothèses articulaires, les implants valvulaires et toute autre fourniture approuvée par le Ministre; le transport entre hôpitaux, par ambulance ou au moyen de tout autre véhicule commercial, des malades hospitalisés ou en consultation externe en Alberta; les fournitures et services utilisés pour la consultation externe, y compris les fournitures servant au traitement médical; certains médicaments désignés, distribués par des cliniques situées à Edmonton et à Calgary aux personnes atteintes de cancer, de fibrose kystique, du VIH, du sida ou d'un défaut de croissance hormonale, ou encore à celles ayant besoin d'une greffe d'organe.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision et le téléphone; les médicaments, les appareils et les produits biologiques emportés au domicile; les services infirmiers privés; les membres artificiels et autres appareils prothétiques externes; les examens à la demande d'un tiers.

Le ministère de la Santé et du Bien-être administre le Cleft Lip/Palate Program (programme de fissure labiale et fente palatine offert en vertu du régime d'assurance dentaire) et subventionne un programme de dépistage précoce du cancer du sein.

Régime de soins médicaux

Les services de santé assurés en vertu du régime d'assurance-santé comprennent tous les services qui sont dispensés par des médecins et prévus par les *Medical Benefits Regulations* et les services de chirurgie buccale fournis par un chirurgien-dentiste dans les cas prévus par les règlements.

Les services non assurés en vertu du régime comprennent : les services médicolégaux; les rapports ou certificats médicaux; les consultations téléphoniques (sauf si elles sont autorisées par le ministre); les examens requis par un tiers afin d'obtenir un permis de conduire (à l'exception de ceux qui sont exigés par la loi pour les personnes âgées avant leur

75e anniversaire et, au besoin, par la suite), à des fins d'emplois, pour les écoles, les camps d'été, les assurances et à d'autres fins semblables; les services auxquels un habitant est admissible en vertu d'une loi d'une autre province, d'une loi ayant trait aux accidents du travail ou d'une loi fédérale; les services qui ne sont pas fournis par un médecin ou sous sa surveillance; tous les services qui sont jugés comme « non médicalement nécessaires » par un médecin, ou classés comme services expérimentaux; les médicaments, les plâtres en fibre de verre et les pansements spéciaux; le coût du transport des patients ou des médecins; les services de laboratoire et de radiographie dans un établissement qui n'est pas approuvé par le Ministre; le traitement des toxicomanies, des troubles alimentaires, ou tout traitement semblable portant sur le comportement et lié à une dépendance, dispensé à l'extérieur de la province sans l'approbation préalable du Ministre; les soins dentaires courants, les dentiers, les lunettes, les prothèses auditives et les fournitures médicales et chirurgicales; les services rendus par un psychologue clinicien.

En plus des services médicaux et des services de chirurgie buccale assurés, le régime d'assurance-santé provincial prévoit certaines prestations pour des services complémentaires en vertu du Basic Health Services Program, entre autres pour les services de chiropratique, de podologie, d'optométrie (pour enfants âgés de moins de 19 ans et aînés âgés de plus de 65 ans) et de podologie. Le régime prévoit également le remboursement de l'hospitalisation et des services médicaux à l'extérieur de la province pour les habitants de l'Alberta, ainsi que les prestations complémentaires de santé et les prestations individuelles de la Croix Bleue pour les habitants admissibles.

Tous les habitants inscrits ont droit au régime de protection individuelle de la Croix Bleue, à condition de payer les primes requises. Ce régime prévoit des prestations complémentaires pour les médicaments prescrits approuvés, les soins dentaires requis après un accident, le transport en ambulance, les services d'un psychologue clinicien agréé, les soins infirmiers à domicile, les appareils et les soins hospitaliers.

Des régimes distincts sont offerts aux patients qui reçoivent des soins palliatifs et aux personnes atteintes de la sclérose en plaques.

Le Extended Benefits Program prévoit des prestations supplémentaires pour la fourniture de lunettes et d'articles ou soins dentaires aux habitants de 65 ans ou plus, à leurs conjoints, aux personnes à leur charge, ainsi qu'aux veufs et aux veuves admissibles de 55 à 64 ans et aux personnes à leur charge. Les personnes admissibles au programme ont droit à la couverture de la Croix Bleue sans devoir verser de primes.

Le Alberta Aids to Daily Living Program, avec la coopération des organismes chargés de l'autorisation et des vendeurs, aide les personnes atteintes d'incapacités ou de maladies chroniques et les personnes en phase terminale à obtenir certaines fournitures et certains équipements médicaux de base qui leur permettront d'accroître leur autonomie à la maison ou dans un milieu qui leur est familier. Ainsi, ce programme offre : des fournitures médicales et chirurgicales; des services d'oxygénothérapie; des aides de locomotion; des prothèses auditives; des fauteuils roulants et des accessoires. Certaines restrictions (quantité et coûts maximaux) peuvent s'appliquer.

Le Air Ambulance Program assure le transport d'urgence des habitants de la province, en Alberta, lorsque ce mode de transport est nécessaire pour assurer le niveau de service prescrit par le médecin. Tous les déplacements en ambulance aérienne sont subventionnés par le gouvernement provincial. La plupart des municipalités octroient des subventions aux exploitants afin d'assurer l'accès de leurs résidants aux services d'ambulance.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Tous les habitants de l'Alberta, à l'exception des membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux, ont droit à la couverture en vertu du régime d'assurance-hospitalisation à condition d'être inscrits auprès du Ministre. Toutefois, si le Ministre est informé qu'un habitant n'est pas inscrit, il peut l'inscrire ainsi que les personnes à sa charge. Le fait d'être inscrit permet à l'habitant d'être admissible aux services hospitaliers et aux services de santé assurés.

Les personnes inscrites au régime d'assurance-santé qui veulent s'en dissocier peuvent présenter une demande à cet effet. Elles doivent renouveler leur demande chaque année.

Bien que le système en vigueur en Alberta prévoie le versement de primes, aucun habitant de la province ne se voit refuser les services en raison de son incapacité à payer ces primes. Le régime d'assurance-santé de la province offre un programme de subvention et d'exonération totale des primes aux habitants qui éprouvent des difficultés financières. Les bénéficiaires de certaines allocations sociales, les détenus des établissements correctionnels de l'Alberta et les malades mentaux—ainsi que les personnes à leur charge—peuvent être protégés sans avoir à payer de primes.

Les aînés doivent payer les mêmes primes que les autres habitants. À cet égard, une aide est offerte aux aînés à revenu faible ou moyen, dans le cadre du Alberta Seniors Benefit Program, Community Development.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Pour avoir droit à la protection des régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux de l'Alberta, le délai minimal de résidence est d'un maximum de trois mois.

La participation au régime dès le premier jour est prévue pour les membres de la Gendarmerie royale du Canada ou des Forces canadiennes libérés en Alberta, les détenus fédéraux libérés en Alberta et certaines personnes désignées provenant de l'extérieur du Canada et qui se sont établies en Alberta.

Un habitant temporairement absent de la province en raison de vacances, d'une visite ou d'un voyage d'affaires doit continuer à participer au régime pour une période minimum de 12 mois consécutifs. Un habitant en congé sabbatique est admissible aux prestations pendant toute la durée de son absence temporaire, jusqu'à concurrence de 24 mois consécutifs. Un habitant employé par un organisme religieux de charité enregistré, tel un missionnaire, est admissible aux prestations pendant la durée de son absence temporaire, jusqu'à concurrence de 48 mois consécutifs.

Pour les étudiants inscrits à plein temps dans un établissement d'enseignement agréé, la couverture est maintenue pendant cette absence temporaire.

Une personne qui a l'habitude de passer des périodes de temps à l'extérieur de l'Alberta doit habiter en Alberta pendant la plus grande partie de l'année pour demeurer admissible aux prestations. Les primes doivent continuer à être payées pendant une absence temporaire (les programmes d'assistance-prime continuent alors à s'appliquer).

Quelle que soit la raison de leur absence temporaire, les habitants sont tenus d'aviser le régime d'assurance-santé de la province aussitôt qu'il apparaît que le traitement qui fait suite à un accident ou à une maladie risque de dépasser trois mois.

Paiement des services dispensés au Canada

Le paiement des services hospitaliers et médicaux assurés dispensés ailleurs au Canada aux Albertains admissibles est effectué selon le taux approuvé par le régime d'assurance-hospitalisation de la province ou du territoire d'accueil, à moins que le Ministre n'ait conclu une entente avec le gouvernement d'une province ou d'un territoire relativement à une répartition différente des coûts.

Le paiement des services médicaux dispensés ailleurs au Canada aux Albertains admissibles est effectué aux taux de la province d'accueil, le Québec y compris.

Il faut obtenir une autorisation préalable pour les soins fournis dans le cadre du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, des troubles alimentaires et d'autres troubles de comportement liés à une dépendance, que ces soins soient fournis à l'extérieur de la province ou à l'extérieur du pays.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les prestations d'hospitalisation ne sont payables que si les services sont fournis par des hôpitaux généraux de traitement actif qui dispensent des services courants comme l'unité des soins intensifs ou la salle d'urgence, ou des hôpitaux auxiliaires qui dispensent des soins actifs courants à des malades chroniques ou à des malades nécessitant des soins de longue durée. Si les services ne sont pas assurés dans la province, ils ne le sont pas non plus quand ils sont fournis à l'étranger.

Le maximum payable pour les services dispensés aux patients hospitalisés à l'étranger est de 100 $ par jour (à l'exclusion du jour où le congé est accordé). Le coût maximum par visite pour les patients externes est de 50 $. Certains services spécialisés de consultation externe, notamment les examens TDM, sont payés selon un barème plus élevé.

Les prestations pour les services médicaux fournis à l'étranger sont payables selon les taux facturés ou les taux en vigueur en Alberta, suivant celle de ces deux sommes qui est la moindre.

Le remboursement complet des traitements à l'extérieur du pays peut être possible dans le cadre des deux programmes suivants :

- le Out-of-Country Health Services Program, qui peut s'appliquer aux services qui ne sont pas offerts au Canada;
- le Emergency Financial Assistance Program, qui peut s'appliquer aux frais pour les traitements imprévus.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Un habitant de l'Alberta qui quitte la province pour s'établir de façon permanente ailleurs au Canada continue d'être assuré à compter du jour où il quitte l'Alberta jusqu'au dernier jour du deuxième mois qui suit le mois d'arrivée dans la province ou le territoire choisi, à moins que la période ne soit prolongée par le Ministre dans des circonstances particulières.

Un habitant de l'Alberta qui élit domicile à l'étranger de façon permanente a le droit de continuer d'être protégé en vertu du régime, à condition que le Ministre en soit avisé, pendant une période d'un, deux ou trois mois après son départ de l'Alberta, selon la décision du Ministre, à moins que la période ne soit prolongée par le Ministre en raison de circonstances particulières.

Un habitant de la province qui s'établit de façon permanente à l'étranger ne peut continuer à bénéficier de la protection du régime tant qu'il n'a pas acquitté toutes les primes en souffrance de même que toutes les primes exigibles pour la période en cours.

Accessibilité

RÉGIMES D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET DE SOINS MÉDICAUX

Accès raisonnable

En 1998-1999, la population albertaine pouvait recevoir des services hospitaliers de soins actifs dans 96 hôpitaux publics et des services de soin de longue durée dans 160 établissements conventionnels. Les hôpitaux pour soins actifs ont une capacité de 6 300 lits, et il y a 13 767 lits pour soins de longue durée. Depuis avril 1994, les frais quotidiens d'hébergement des pensionnaires des établissements de soins prolongés sont de 24,75 $ (en salle), de 26,25 $ (chambre semi-privée) et de 28,60 $ (chambre privée). Ce taux quotidien est compatible avec les exclusions énoncées au paragraphe 19(2) de la *Loi canadienne sur la santé*. Le système de santé albertain permet aux habitants de la province d'avoir accès à des services de traitement et de diagnostic assurés, par l'entremise de cliniques privées qui ont passé un contrat avec les conseils régionaux de santé et les centres de santé communautaires. L'évaluation de nouveaux modèles de soins continus est en cours partout dans la province.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux sont financés par les Regional Health Authorities (conseils régionaux de santé), principalement au moyen de budgets globaux.

En 1998-1999*, les dépenses en soins hospitaliers et médicaux fournis à l'extérieur de l'Alberta se sont élevées à 39 millions de dollars.

Mode de paiement des soins médicaux

La plupart des médecins sont rémunérés à l'acte. Les omnipraticiens sont encouragés à facturer le régime, mais peuvent aussi facturer le patient, qui s'adresse alors au régime pour obtenir un remboursement. On a mis fin à la surfacturation en Alberta le 1er octobre 1986.

Rémunération raisonnable

En juin 1998, le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta et la Alberta Medical Association ont conclu une entente maîtresse régissant la prestation des services médicaux aux Albertains pour la période allant de 1998-1999 à 2003-2004. Cette entente a remplacé toutes les autres ententes alors en vigueur. Dans le cadre de cette entente, qui prévoit les modalités financières pour les exercices 1998-1999, 1999-2000 et 2001-2002, le ministère de la Santé et du Bien-être fournit un plafond négocié à la Alberta Medical Association pour la rémunération à l'acte des médecins et pour certains régimes d'avantages sociaux offerts à ces derniers. L'entente a été ratifiée à la majorité des voix par les membres de la Alberta Medical Association.

En 1998-1999, selon des données préliminaires, les services médicaux ont coûté 864 millions de dollars à la province en vertu de l'entente concernant la rémunération des médecins, conclue entre le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta et la Alberta Medical Association.

Services complémentaires de santé

Les centres de soins prolongés conventionnels de l'Alberta offrent l'hébergement et la pension, ainsi que toute une gamme de services de soins, depuis les soins personnels avec supervision infirmière jusqu'aux services médicaux et thérapeutiques spécialisés. Dans la plupart des cas, les hôpitaux auxiliaires et les maisons de repos sont maintenant appelés « centres de soins prolongés » et ils répondent à des besoins apparentés. Le financement des centres de soins prolongés, autrefois assuré par le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta, relève maintenant de la compétence des 17 conseils régionaux de santé. Les conseils exploitent eux-mêmes les centres de soins prolongés ou confient la prestation des services à des entrepreneurs ou à des organismes bénévoles.

* Données préliminaires pour 1998-1999.

Le Home Care Program (programme de soins à domicile), offert lui aussi par l'intermédiaire des conseils régionaux de santé, fournit toute une gamme de services de santé et de soutien professionnels en vue du maintien ou du retour à domicile des personnes de tout âge. Dans le cadre de ce programme, tous les conseils régionaux de santé offrent des services d'évaluation et de coordination des cas, ainsi que des services infirmiers et des services de soutien comme les soins personnels et l'aide à domicile. D'autres services peuvent parfois être fournis : ergothérapie, physiothérapie, oxygénothérapie, orthophonie, services sociaux et services nutritionnels.

L'admission au système de soins prolongés, qui comprend les soins à domicile, les centres de soins prolongés et les programmes de jour pour adultes, est fonction d'une évaluation fonctionnelle des besoins de la personne, effectuée à l'aide du Alberta Assessment and Placement Instrument (AAPI). La province a adopté le principe du guichet unique pour les personnes qui cherchent des soins prolongés en établissement ou dans la communauté. Cette démarche a pour but de faire en sorte que toutes les options communautaires possibles soient examinées avant de recourir aux soins en établissement. Le personnel des soins à domicile procède à une évaluation, détermine les besoins en collaboration avec le client et sa famille, et recommande les services de santé et de soutien les plus appropriés.

Le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta administre également le Alberta Aids to Daily Living Program, qui a pour but de favoriser l'autonomie des patients vivant chez eux qui sont atteints d'une maladie chronique, d'une maladie en phase terminale ou d'une invalidité, en leur fournissant du matériel ou des appareils médicaux approuvés par le programme. Des professionnels exerçant dans le cadre de soins communautaires, de soins prolongés ou de soins actifs évaluent l'admissibilité des clients.

Les services de santé mentale sont fournis par la Provincial Mental Health Board, par l'intermédiaire des cliniques communautaires, de 2 hôpitaux psychiatriques, de 2 centres de soins, de 67 cliniques communautaires de santé mentale et d'organismes communautaires à but non lucratif. Les cliniques offrent des services d'évaluation et de traitement aux patients et aux membres de leur famille, et des services de consultation aux médecins, aux établissements de santé, aux unités de santé, aux écoles et aux organismes communautaires. Les deux hôpitaux psychiatriques offrent des services d'évaluation, de traitement et de réadaptation aux adultes, délinquants compris, atteints d'une maladie mentale ou souffrant d'une lésion cérébrale. Les deux centres de soins en établissement fournissent des programmes de réadaptation à long terme aux personnes souffrant d'une maladie mentale grave. Au cours de l'exercice 1997-1998, la Provincial Mental Health Board a fourni du financement à plus de 200 organismes et programmes tels que : les unités d'évaluation, l'assistance-loyer, les foyers collectifs, les haltes-accueil, les services de consultation, les programmes de prévention du suicide et les interventions en rapport avec la violence familiale.

La Provincial Mental Health Board assure aussi la direction de quatre programmes provinciaux de santé mentale : psychiatrie médicolégale, psychiatrie gériatrique, soins tertiaires pour adultes et traumatismes crâniens.

En 1998-1999, le Ministère a versé 80,2 millions de dollars à la Alberta Cancer Board pour l'aider à financer son fonctionnement et ses différents programmes de recherche.

Les conseils régionaux de santé fournissent également des services psychiatriques spécialisés par l'entremise de 17 hôpitaux de la province. Enfin, les médecins de famille, les programmes de soins à domicile et les centres de soins prolongés fournissent aussi des services aux personnes atteintes d'une maladie mentale.

Colombie-Britannique

Gestion publique

Services hospitaliers et régime de soins médicaux

Les services hospitaliers sont financés, sans but lucratif, par les Programmes régionaux du ministère de la Santé, qui relèvent du gouvernement provincial en ce qui a trait au financement des services hospitaliers.

Le régime de soins médicaux de la Colombie-Britannique, le Medical Services Plan, est géré sans but lucratif par la Medical Services Commission, organisme public créé en vertu de la *Loi*. La commission rend compte de la gestion du régime au gouvernement provincial.

Les comptes des Programmes régionaux et de la Medical Services Commission, ainsi que leurs opérations financières, sont vérifiés par le Vérificateur général de la Colombie-Britannique.

Intégralité

Services hospitaliers assurés

Les services assurés aux patients hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire et de radiologie, les interprétations nécessaires ainsi que tout autre service diagnostique approuvé par le Ministre; les médicaments approuvés en clinique, les produits biologiques et les fournitures médicales lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital général précisé dans la *Hospital Insurance Act*; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération et des salles d'accouchement; le matériel et les fournitures d'anesthésie; l'usage des installations de radiothérapie, de physiothérapie, et d'ergothérapie là où elles existent; d'autres services approuvés par le Ministre et dispensés par des personnes rémunérées à cette fin par l'hôpital. Les personnes admissibles qu'il n'est pas nécessaire d'hospitaliser peuvent recevoir des traitements d'urgence pour des blessures ou des maladies et des services de salle d'opération ou d'urgence pour des interventions mineures et les soins chirurgicaux de jour, y compris l'application et l'enlèvement des plâtres.

Les services de consultation externe comprennent : les traitements d'hémodialyse dans des hôpitaux désignés ou dans d'autres établissements approuvés; les soins de jour pour diabétiques dans les hôpitaux désignés; les conseils en diététique dans des hôpitaux qui emploient des diététiciens compétents; les services psychiatriques et les soins de jour; les soins de jour de physiothérapie et de réadaptation; le traitement du cancer et les services de cytologie.

Pour les patients externes, les médicaments emportés à domicile et certains médicaments fournis à l'hôpital ne sont pas assurés, sauf ceux qui sont fournis en vertu du Pharmacare Program (programme de services pharmaceutiques). D'autres services sont exclus en vertu de la *Hospital Insurance Act* : les services diagnostiques de consultation externe non associés aux services d'urgence; les services fournis par le personnel médical qui n'est pas employé par l'hôpital; les traitements pris en charge par la Workers' Compensation Board, le ministère des Anciens Combattants ou tout autre organisme; le transport à l'hôpital et de l'hôpital; la fécondation *in vitro*; la chirurgie plastique pour des raisons purement esthétiques; le rétablissement de la fécondité. Les services hospitaliers non assurés comprennent également l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient, la télévision, le téléphone et les services infirmiers privés.

Régime de soins médicaux

Le régime de soins médicaux couvre tous les services médicaux nécessaires fournis par les médecins ainsi que les services de chirurgie buccodentaire lorsque ceux-ci doivent être dispensés dans un hôpital par un chirurgien buccodentaire. Les grandes catégories de services assurés comprennent : les consultations; les examens complets; les visites à domicile; la chirurgie bénigne et la chirurgie majeure; les services obstétriques; l'assistance chirurgicale; l'anesthésie; les procédures diagnostiques et thérapeutiques; les services spéciaux et divers; d'autres procédures fournies au cabinet; d'autres procédures hospitalières fournies par un médecin ou un dentiste.

Les services suivants ne sont pas assurés : les services assurés en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou d'une autre loi provinciale ou fédérale; la fourniture de prothèses non implantées; les orthèses; les spécialités pharmaceutiques et les médicaments brevetés; toute demande d'examen ou de certificat médical faite par un tiers; la chirurgie buccale réalisée dans un cabinet de dentiste; l'acupuncture; les immunisations de groupe; les consultations téléphoniques; le rétablissement de la fécondité; la fécondation *in vitro*; les services médico-légaux; les services dispensés à des fins esthétiques; les services de conseils en médecine préventive comme, par exemple, les programmes contre le tabagisme.

En plus des services de santé de base assurés, la province offre également des services de mammographie à des fins de dépistage; des prothèses auditives à prix concurrentiels; la chirurgie buccale et des traitements d'orthodontie pour les patients âgés de 20 ans ou moins qui ont une fissure labiale ou une fente palatine ou qui présentent des malformations congénitales du visage; avec certaines restrictions, les services de chiropraticiens, de naturopathes, d'optométristes, de physiothérapeutes, de massothérapeutes et de podologues.

Le programme de services pharmaceutiques rembourse en tout ou en partie les frais suivants : médicaments prescrits désignés; fournitures pour stomisés et mastectomisées; appareils prothétiques et orthétiques pour les enfants de 19 ans ou moins; aiguilles et seringues pour les diabétiques insulino-dépendants; bandelettes pour la mesure de la glycémie pour les diabétiques détenteurs d'un certificat de formation d'un centre de formation reconnu. La couverture est limitée aux dépenses effectuées en Colombie-Britannique.

Les services d'ambulance sont fournis dans la province par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique par l'entremise de la Emergency Health Services Commission. Le patient paie une somme nominale.

Universalité

Services hospitaliers et régime de soins médicaux

Tous les habitants, à l'exception des membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, des détenus des pénitenciers fédéraux, des demandeurs du statut de réfugié et de ceux qui sont admissibles à une autre source d'indemnisation ont droit à l'assurance-hospitalisation et à l'assurance pour les soins médicaux.

Depuis le 1er avril 1998, les habitants doivent être inscrits au Medical Services Plan afin de bénéficier des services hospitaliers assurés. Il n'y a aucune prime supplémentaire.

Il n'y a pas de primes pour les services hospitaliers assurés, mais il y a des frais quotidiens pour les soins hospitaliers prolongés dispensés aux patients de plus de 19 ans. Ces frais, qui couvrent l'hébergement et les repas, sont établis une fois par année. À la fin de 1998-1999, le tarif maximum non subventionné était de 50 $ par jour. Les habitants dont les ressources sont limitées sont admissibles à une aide, selon une échelle mobile, qui représente 85 p. 100 de la prestation de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti. Des dispositions prévoient que, dans certaines circonstances, une fraction des 25,30 $ est

éliminée du calcul. Les frais quotidiens de moins de 50 $ sont revus trimestriellement, et les patients sont avertis de tout changement un mois à l'avance.

Il est obligatoire de s'inscrire au régime de soins médicaux, et le versement de primes est habituellement l'une des conditions d'admissibilité. Cependant, le fait de ne pas verser de primes ne compromet pas l'accès au régime si la personne remplit les conditions d'admissibilité de base. Les personnes à faible revenu peuvent être admissibles à une réduction. Il existe cinq niveaux d'aide, allant de 20 p. 100 à 100 p. 100 de la prime fixée.

Transférabilité

SERVICES HOSPITALIERS ET RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX

Délai minimal de résidence

Pour être admissible à la couverture d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux, le délai minimal de résidence est une période d'attente se terminant à minuit le dernier jour du deuxième mois suivant le mois durant lequel la personne devient une habitante de la province.

Les membres libérés de la Gendarmerie royale du Canada et des Forces canadiennes ainsi que les détenus fédéraux libérés sont protégés dès le premier jour de leur libération. Toutefois, s'ils se trouvent alors en dehors de la Colombie-Britannique, ils doivent attendre que s'écoule la période prescrite. La couverture est disponible pour les immigrants reçus au terme de la période d'attente. La couverture est offerte également, au terme de la période d'attente, aux personnes qui viennent de l'extérieur du Canada et qui détiennent un permis de travail ou un visa d'étudiant valide pour au moins six mois et émis au moment de l'admission au Canada.

Les personnes qui quittent la province temporairement pour prendre des vacances prolongées ou pour occuper un emploi temporaire peuvent être couvertes pendant une période maximale de 12 mois. Depuis le 1er janvier 1998, une seule approbation est accordée pour chaque période de cinq ans dans le cas d'absences de plus de six mois durant une année civile. Les habitants peuvent prendre jusqu'à six mois de vacances annuelles pourvu qu'ils demeurent au Canada pendant six mois de chaque année civile.

Les personnes qui étudient à l'étranger peuvent être admissibles à la couverture pendant une période maximale de cinq ans pendant qu'elles sont à l'extérieur de la province. Les personnes qui étudient dans une autre province canadienne peuvent être admissibles à la couverture pendant toute la durée de leurs études.

Paiement des services dispensés au Canada

En vertu de l'entente de facturation réciproque interprovinciale et interterritoriale, les médecins, à l'exception de ceux du Québec, facturent directement leurs régimes pour les services dispensés aux habitants admissibles de la Colombie-Britannique lorsque ceux-ci présentent leur carte valide du Medical Services Plan, la CareCard. La Colombie-Britannique rembourse les frais au taux fixé en vertu du barème d'honoraires de la province d'accueil.

Les frais pour les soins dispensés à des patients hospitalisés sont payés au tarif en salle exigé par les services hospitaliers. Pour les services externes, le paiement correspond au taux de facturation réciproque entre les provinces et les territoires. Le paiement de ces services, sauf pour les services exclus facturés au client, se fait par les mécanismes de facturation réciproque qui sont en place entre toutes les provinces.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Moyennant une autorisation préalable, les services hospitaliers qui ne peuvent pas être obtenus au Canada sont couverts au taux habituel des hôpitaux. Dans d'autres circonstances, sous réserve d'une autorisation préalable, les soins dispensés à un patient hospitalisé sont couverts au taux établi pour les lits en salle commune. Les services de jour d'hémodialyse rénale peuvent être couverts au taux canadien prévu par les ententes de facturation réciproque. Dans tous les autres cas, y compris les urgences et les maladies subites pendant une absence temporaire de la province, les soins aux patients hospitalisés sont payés jusqu'à concurrence de 75 $CAN par jour pour les adultes et les enfants, et de 41 $CAN pour les nouveaux-nés.

En cas d'urgence ou de maladie subite, les services médicaux dispensés à l'étranger sont couverts pour les habitants admissibles temporairement absents de la province. Les services médicaux sont payés jusqu'à concurrence du taux qui aurait été appliqué si le service avait été fourni en Colombie-Britannique, exception faite des cas autorisés d'avance en raison de circonstances particulières. Ils sont alors payés au taux en vigueur à l'endroit où le service est offert. Moyennant une autorisation préalable, le paiement des services médicaux non urgents dispensés à l'étranger peut se faire aux taux courants et habituels lorsque le service approprié n'est pas offert dans la province ou ailleurs au Canada.

Le spécialiste traitant doit obtenir l'autorisation préalable du Ministère. Chacun des dossiers est évalué selon son mérite, même si le service est offert dans la province ou ailleurs au Canada.

Les services non urgents ne sont fournis qu'avec l'autorisation préalable du Medical Services Plan de la Colombie-Britannique et des Programmes régionaux.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les personnes qui quittent la province de façon permanente pour établir leur résidence ailleurs au Canada ont droit à la couverture jusqu'à la fin du deuxième mois qui suit le mois du départ. Ces personnes peuvent se faire accorder une couverture supplémentaire ne dépassant pas trois mois, pour des déplacements d'une durée raisonnable.

Les personnes qui quittent le Canada de façon permanente ont droit à la couverture jusqu'à la fin du mois de leur départ.

Accessibilité

RÉGIMES D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET DE SOINS MÉDICAUX

Accès raisonnable

La Colombie-Britannique déclare qu'il existe un accès raisonnable aux services hospitaliers et aux soins médicaux. Au début de l'exercice financier, la province comptait 104 centres hospitaliers de soins actifs ou de soins de réadaptation (8 834 lits) et trois centres hospitaliers de réadaptation (242 lits). Le nombre total de lits disponibles s'élevait à 9 076. En outre, on comptait 17 centres de diagnostic et de traitement et six postes de la Croix-Rouge.

Le nombre de patients admis pour recevoir des soins actifs et des soins de réadaptation au cours de l'exercice s'est élevé à 351 808, et le nombre de jours-patients a atteint 2 576 747. Les divers établissements ont aussi dispensé 243 689 jours de soins parallèles.

La province offre également un accès aux services de soins pour les patients ayant besoin de soins prolongés. En 1998-1999, ces unités de soins et les lits associés étaient offerts dans 100 centres hospitaliers de soins actifs ou de soins de réadaptation, et centres hospitaliers de soins prolongés. Le nombre total de lits disponibles était de 8 018.

Le nombre de patients et de résidents admis dans ces unités de soins a été de 5 855 et le nombre de jours-patients, de 2 950 570.

[Note concernant les écarts par rapport aux années précédentes : La régionalisation et le transfert de responsabilités aux conseils de santé régionaux ont fait en sorte que les sociétés hospitalières ne sont plus les organes directeurs des hôpitaux dans la province. Il est donc préférable de parler d'emplacements plutôt que de sociétés. En outre, le registre du nombre de berceaux n'est plus maintenu. Enfin, les lits pour soins de longue durée comprennent maintenant ceux des établissements autres que les établissements agréés en vertu de la *Brisith Columbia Hospital Act*.]

Paiements aux hôpitaux

Les conseils de santé reçoivent des paiements de contribution à date fixe du ministère provincial de la Santé. Le montant des versements est établi d'après les subventions annuelles d'exploitation fixées par le Ministère. Les conseils de santé déterminent le financement de chacun des hôpitaux.

En 1998-1999, le budget des services de soins actifs, y compris les subventions accordées aux hôpitaux pour leur exploitation et pour les autres services de soins actifs, s'élevait à 3,1 milliards de dollars. Les paiements aux hôpitaux de l'extérieur de la province, inclus dans le montant précédent, totalisaient 45,4 millions de dollars pour les services assurés fournis aux habitants de la Colombie-Britannique.

Mode de paiement des soins médicaux

Les services médicaux dispensés dans la province sont payés aux médecins de la province par le régime de soins médicaux d'après la facturation soumise par ceux-ci. Le patient n'intervient généralement pas dans le processus de paiement. Quatre-vingt-dix-huit pour cent des demandes d'indemnités se font électroniquement par l'entremise du Teleplan System. Le restant est soumis à partir de cartes de demandes d'indemnités par des médecins dont le nombre de patients est moindre et d'autres professionnels de la santé.

La Medical Services Commission finance également certains services médicaux à partir d'autres formules de financement. Une Alternative Payment Branch verse des fonds à quelque 360 organismes de soins de santé qui paient des médecins pour dispenser les services approuvés. Environ 1 900 médecins ont volontairement souscrit à ces formules et reçoivent une partie ou la totalité de leur revenu sous forme de salaire, de rémunération à l'acte ou de rémunération à contrat. On étudie également d'autres options de paiement, dont les honoraires fixés selon la population dans le cas des médecins de famille.

Rémunération raisonnable

La rémunération des médecins est fondée sur un barème établi par la Medical Services Commission après consultation de la British Columbia Medical Association. Les autres professionnels de la santé qui dispensent des services assurés ont leurs propres barèmes d'honoraires approuvés par les comités tripartites spéciaux compétents et coadministrés.

L'accord entre la Medical Services Commission, le gouvernement de la Colombie-Britannique et la British Columbia Medical Association, signé en décembre 1993, sera en vigueur jusqu'au 31 mars 2000. Il comprend, entre autres éléments clés un mécanisme d'arbitrage exécutoire et la participation de la British Columbia Medical Association et de la Medical Services Commission. L'accord comprend aussi une entente de travail qui était en vigueur de 1992-1993 à 1996-1997, mais que l'on a modifiée pour qu'elle couvre la période du 1er avril 1996 au 31 mars 1998. Pour 1998-1999, le gouvernement a ajouté, conformément à la recommandation de la Medical Services Commission, une somme additionnelle de 32,9 millions de dollars au montant disponible (c.-à-d. le budget) pour refléter un changement de 1,8 p. 100 dans l'utilisation et une augmentation de 0,5 p. 100 des honoraires. Les parties négocient présentement le montant disponible pour 1999-2000.

Un fonds de réserve de 26 millions de dollars existe depuis le 1er avril 1996 en cas de dépassement du plafond établi. Un montant de 4 millions de dollars a été ajouté au fonds de réserve en 1997-1998. Depuis, les montants suivants ont été ajoutés : 20 millions de dollars

en 1998-1999 et 15 millions de dollars pour 1999-2000.

Au cours de l'année 1998-1999, le régime a versé environ 1,85 milliard de dollars aux médecins exerçant dans la province, aux praticiens fournissant des prestations complémentaires et aux gestionnaires des programmes. Pour les services médicaux fournis à l'extérieur de la province, le régime a versé environ 18,9 millions de dollars, dont environ 16,2 millions en vertu d'ententes de facturation réciproque avec d'autres provinces ou territoires.

Services complémentaires de santé

Les Programmes régionaux du ministère de la Santé financent une vaste gamme de services communautaires de traitement symptomatique afin de venir en aide aux personnes qui ont des problèmes de santé à long terme entravant leur autonomie ou qui ont besoin de soins actifs pouvant être donnés à domicile. Ces services comprennent : la gestion de cas; les services de soutien à domicile (soutien à domicile, soins infirmiers communautaires à domicile, physiothérapie, ergothérapie, conseils en diététique, services de travailleurs sociaux, repas); les services de soins en établissement (foyers de soins familiaux, foyers de groupe, foyers personnels et foyers de soins intermédiaires et multi-niveaux, hôpitaux privés et unités de soins de longue durée et de soins spéciaux); les services de soutien spécial (centres de jour pour adultes, services de relève et centres d'évaluation et de traitement). Fournis à l'échelle communautaire, les services sont dispensés par l'intermédiaire des conseils de santé.

Les soins en établissement assurent aux adultes dont on ne peut plus s'occuper à domicile des soins et une surveillance dans un milieu protégé et favorable.

Les services de soins infirmiers communautaires à domicile fournissent des soins infirmiers professionnels aux personnes de tout âge dans leur propre foyer. Ces services sont offerts sur une base non urgente et comprennent l'évaluation, la formation, la consultation, la coordination des soins et les soins infirmiers directs pour les clients ayant besoin de services chroniques, actifs, palliatifs ou de services de réadaptation.

Les services de soutien à domicile offrent une aide non professionnelle consistant, notamment, en soins personnels et en services d'entretien ménager. Les centres de jour pour adultes offrent un programme intra-muros d'activités sociales, récréatives et liées à la santé.

Yukon

Gestion publique

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le Hospital Insurance Services Plan et le Health Care Insurance Plan du Yukon sont tous les deux gérés par des employés nommés conformément aux dispositions de la *Public Service Act*. Les régimes sont gérés sans but lucratif et sont soumis à la vérification du bureau du Vérificateur interne du Yukon et du bureau du Vérificateur général du Canada.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services hospitaliers internes assurés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; tous les services infirmiers nécessaires; tous les services de laboratoire et de radiologie et les services diagnostiques; tous les médicaments, les produits biologiques et les appareils prescrits par un médecin et utilisés dans un hôpital; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes; les services de radiothérapie et de physiothérapie; les services dispensés par des personnes rémunérées par l'hôpital.

Les soins dispensés dans les centres de traitement actif sont pleinement assurés. L'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée est également assurée si elle est médicalement nécessaire. Les soins fournis dans les services de consultation externe des centres de traitement actif, pour des troubles qui ne peuvent être traités ailleurs qu'à l'hôpital, sont pleinement assurés aux taux approuvés en vigueur.

Les services assurés de consultation externe comprennent : les services de laboratoire, de radiologie et autres procédures de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires pour aider au diagnostic et au traitement de blessures, de maladies ou d'incapacités; les services infirmiers nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital; l'usage des salles d'opération et des installations d'anesthésie, y compris l'équipement et les fournitures nécessaires; les fournitures de chirurgie courantes; les services dispensés par des personnes rémunérées par l'hôpital.

Les exclusions comprennent : l'hospitalisation des non-résidants (p. ex., pension à l'hôpital); les médicaments et les produits biologiques requis par un malade après son congé de l'hôpital; le supplément pour une chambre privée ou semi-privée lorsque celle-ci n'est pas médicalement nécessaire; les services spéciaux demandés par le malade, comme la télévision et les services infirmiers privés lorsqu'ils ne sont pas médicalement nécessaires.

Régime de soins médicaux

Les services assurés se définissent comme des services médicalement nécessaires rendus par un médecin. Les services dentaires sont assurés s'ils sont conformes aux traitements de chirurgie buccale prévus dans les règlements et ne peuvent être exécutés que dans un hôpital. C'est le cas, par exemple, de la correction chirurgicale du prognathisme ou de la micrognathie.

Les exclusions comprennent : les services médico-légaux, y compris les examens et les rapports qui en découlent, et les témoignages en cour ou la fourniture de preuves dans le cadre de poursuites judiciaires; la durée de la détention; les services assurés qu'un médecin se dispense à lui-même ou qu'il dispense à une personne à sa charge, sauf en cas d'indication contraire du directeur; la rédaction d'ordonnances; la distribution par un médecin de médicaments d'ordonnance ou non, ou d'appareils médicaux; l'ajustement et la fourniture de lunettes; les soins dentaires courants, y compris les radiographies dentaires; les services dispensés à la demande d'un tiers; les services fournis à des fins

esthétiques, à moins d'avoir été expressément autorisés par le conseiller médical du régime; le rétablissement de la fécondité; les rapports ou certificats médicaux; les immunisations de groupe; les consultations téléphoniques; l'acupuncture; les services dispensés par des podologues, des ostéopathes, des naturopathes, des orthodontistes, des chiropraticiens et des physiothérapeutes; la chirurgie dentaire dispensée à l'extérieur de l'hôpital; les services de laboratoire et de radiographie dispensés dans des établissements qui ne sont pas approuvés par le régime.

Outre les prestations de santé assurées en vertu du Health Care Insurance Plan et administrées par le ministère de la Santé et des Services sociaux du territoire—le Yukon Department of Health and Social Services— le Yukon prévoit des prestations complémentaires en vertu de la loi régissant le Health Benefits Program, notamment le programme de services pharmaceutiques— le Pharmacare; les services complémentaires de santé—les Extended Health Care Benefits—aux aînés; le programme pour les personnes ayant une maladie chronique ou une incapacité—le Chronic Disease and Disability Program. En ce qui concerne les services assurés qui ne sont pas offerts localement, il existe également un programme pour le transport des patients ayant besoin de soins médicaux—le Travel for Medical Treatment Program—qui couvre le transport dans les cas médicaux à la fois urgents et non urgents tant à l'intérieur du Yukon que dans les centres de soins tertiaires en Alberta et en Colombie-Britannique. Le programme offre également une subvention pour payer les coûts des repas et du logement des patients qui doivent se déplacer pour se rendre dans un centre afin de recevoir des soins médicaux. Les services d'audiologie, de psychologie, d'orthophonie et de dépistage par mammographie font partie des services de santé communautaires financés par le Ministère.

Universalité

RÉGIMES D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET DE SOINS MÉDICAUX

En vertu des deux régimes, tous les habitants du Yukon, à l'exception des membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, et des détenus des pénitenciers fédéraux, sont pleinement assurés. Les services médicalement nécessaires sont fournis selon les mêmes modalités et conditions à tous les habitants de bonne foi du territoire. La définition du mot « habitant » est celle qui est utilisée dans la *Loi canadienne sur la santé*.

La *Yukon Health Care Insurance Plan Act* exige que toute personne qui établit sa résidence dans le territoire s'inscrive au régime et y inscrive les personnes à sa charge. L'admissibilité n'est pas liée à l'inscription en vertu d'une loi ou d'un règlement quelconque. Aucune prime n'est exigée.

Transférabilité

RÉGIMES D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET DE SOINS MÉDICAUX

Durée minimale de résidence

Toutes les modalités et conditions de l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité sont pleinement respectées. L'uniformité des définitions a été assurée dans les règlements, les politiques et les procédures. Une personne assurée est admissible aux services assurés après minuit le dernier jour du deuxième mois qui suit le mois d'arrivée au Yukon.

La protection est accordée dès le premier jour aux Canadiens qui reviennent dans le territoire, aux immigrants reçus, aux membres libérés des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada ainsi qu'aux personnes libérées des pénitenciers fédéraux. Une couverture est offerte aux étrangers qui sont au Yukon en vertu de

permis de travail valables pour une période d'un an ou plus. Les habitants doivent maintenir une résidence permanente et ils doivent résider habituellement au Yukon.

Paiement des services dispensés au Canada

Les services fournis aux malades hospitalisés sont payés au taux quotidien de salle commune établi par l'autorité compétente. Les services de consultation externe et les services assurés pour les soins médicaux et facultatifs sont payés conformément aux accords de facturation réciproque.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Le Yukon Hospital Insurance Services Plan paie les services hospitaliers dispensés à l'étranger jusqu'au taux établi au Yukon, à la discrétion du directeur du régime d'assurance-santé.

Les services hospitaliers dispensés à l'étranger sont couverts, en dollars canadiens, dans la mesure où ils sont comparables aux services fournis au Yukon. Aucun service n'est exclu.

Les services médicaux dispensés à l'étranger sont couverts, en dollars canadiens, dans la mesure où ils sont comparables aux services fournis au Yukon. Aucun service n'est exclu.

Le Health Care Insurance Plan du Yukon paie les services rendus par les médecins, et dispensés à l'étranger, au taux établi au Yukon.

Aucune approbation préalable n'est exigée dans le cas des services hors du territoire.

Déménagement permanent à l'extérieur du territoire

En cas de déménagement permanent, la couverture est généralement de trois mois. Cette couverture peut être prolongée pour une période allant jusqu'à 12 mois si la personne ne s'installe pas directement ailleurs.

Accessibilité

RÉGIMES D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET DE SOINS MÉDICAUX

Accès raisonnable

Aucuns frais modérateurs ni frais de coassurance ne sont exigés en vertu du Hospital Plan. Il n'y a pas de pénurie de lits d'hôpitaux et il n'existe aucune liste d'attente pour l'admission à l'hôpital. Le Yukon possède un tout nouvel établissement de soins actifs qui se trouve à Whitehorse; en mars 1998, le nombre de lits dotés en personnel était de 58.

Santé Canada a transféré officiellement toutes les installations de santé au gouvernement du Yukon le 1er avril, 1997.

L'accès aux spécialistes et aux hôpitaux de soins tertiaires est assuré grâce à un programme de médecins spécialistes itinérants subventionné à même les fonds publics et à un programme d'assurance-déplacements pour traitements médicaux.

Au Yukon, aucune surfacturation n'est faite pour les services fournis en vertu du Health Care Insurance Plan.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux agréés du Yukon reçoivent des montants établis selon un processus d'examen budgétaire. Chaque année, les hôpitaux doivent présenter leur budget au Yukon Hospital Insurance Services Plan, qui en fait l'étude.

La somme des paiements faits aux hôpitaux du Yukon s'est élevée à 18 556 819 $ en 1998-1999. Au cours de la même période, le total des paiements faits aux hôpitaux à l'extérieur du territoire s'est établi à 5 294 529 $. Dans la plupart des cas, les honoraires versés aux médecins se fondent sur la rémunération à l'acte. Quelques services sont rendus à contrat. Depuis le 1er avril 1988, il y a traitement réciproque des demandes de paiements des frais pour les services rendus par les médecins et fournis dans une province ou dans un autre territoire aux non-résidents canadiens et aux habitants du Yukon.

Rémunération raisonnable

Les taux sont négociés entre les médecins, qui sont rémunérés à l'acte (selon la durée de l'entente en vigueur), et des comités permanents qui représentent le régime et la profession. Ces comités se réunissent régulièrement afin de faire des redistributions, de préciser les pratiques, de résoudre les problèmes et de se prononcer sur les actes de facturation contestés.

Au cours de 1997-1998, le régime a versé 9 261 519 $ aux médecins du territoire. Pour les services rendus par les médecins hors du territoire, le régime a versé 1 432 998 $.

Services complémentaires de santé

Certains lits d'hôpitaux du Thomson Centre, du Macaulay Lodge et du Alexander MacDonald Home for Seniors sont réservés aux soins intermédiaires en maison de repos, aux soins aux adultes en établissement et aux soins de longue durée. Les services comprennent la surveillance médicale et les soins infirmiers, la physiothérapie ainsi que des programmes de loisirs et d'activités sociales.

Territoires du Nord-Ouest

Gestion publique

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation—le Hospital Insurance Plan—est géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. Tous les conseils de gestion de la santé et des services sociaux sont tenus de présenter des rapports annuels qui ont été vérifiés par une firme d'experts-comptables.

Le régime de soins médicaux—le Medical Care Plan—est géré entièrement par le ministère de la Santé et des Services sociaux des territoires. Le Vérificateur général du Canada est chargé de vérifier les comptes du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés aux patients hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils existent; les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme agréé; les services dispensés par des personnes qui sont rémunérées par l'hôpital; les services fournis par un centre approuvé de désintoxication.

Les services de consultation externe comprennent : les examens de laboratoire, les radiographies et les interprétations, quand ils sont requis par un médecin et dispensés par le service de consultation externe d'un hôpital agréé; les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales bénignes; les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie dans un hôpital agréé; les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme offert dans un hôpital agréé.

Les services jugés expérimentaux par les territoires ou par le corps médical en général ne sont pas assurés. En outre, les services de chirurgie esthétique, l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient, les médicaments et les produits biologiques fournis après le congé de l'hôpital, le téléphone, la télévision, les soins infirmiers privés et les frais d'ambulance, à l'exception de transferts entre les hôpitaux, ne sont pas assurés.

En vertu du régime d'assurance-hospitalisation, les services aux malades chroniques et les services complémentaires sont assurés. Les soins médicaux et infirmiers sont des services assurés. L'hébergement et la pension ne sont pas assurés. Les patients doivent contribuer à l'hébergement et à la pension d'après les règlements des services d'assurance-hospitalisation des territoires—les Territorial Hospital Insurance Services.

Régime de soins médicaux

Tous les actes médicalement nécessaires effectués par les médecins sont assurés en vertu du régime de soins médicaux, notamment : les services diagnostiques et thérapeutiques approuvés; les services chirurgicaux nécessaires; les soins obstétriques complets; les examens de la vue; les consultations chez un spécialiste même quand le patient n'a pas été envoyé par un omnipraticien. Les services

dentaires ne sont assurés que lorsqu'il s'agit d'interventions précises de chirurgie buccale rendues nécessaires par une blessure ou une maladie de la mâchoire et pratiquées dans un établissement de santé approuvé. Dans le cas de patients de 65 ans ou plus, ou de moins de 10 ans, s'il n'y a pas de diagnostic précis, une allocation-santé est prévue pour un examen général courant une fois par année.

Les services suivants ne sont pas assurés : les services médico-légaux; les consultations téléphoniques ou les ordonnances fournies par téléphone; la chirurgie esthétique; les rapports ou certificats médicaux; les examens effectués à la demande d'un tiers; les services d'optométrie; l'acupuncture; les immunisations de groupe; la fécondation *in vitro*; le rétablissement de la fécondité; les frais de déplacement; les services dispensés par un médecin aux membres de sa famille; les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et les préparations connexes; les lunettes et les appareils spéciaux; les plâtres, les appareils chirurgicaux ou les bandages spéciaux; les traitements fournis au cours des services de chiropratique, de podologie, de naturopathie, d'ostéopathie ou de toute autre intervention pratiquée habituellement par des personnes qui ne sont pas médecins; les services de physiothérapie et de psychologie qui n'ont pas été dispensés dans un établissement de consultation externe assuré; les services assurés en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou de toute autre loi fédérale ou territoriale; les examens généraux annuels courants, dans les cas où il n'y a pas de diagnostic définissable.

Outre les services de santé de base assurés en vertu de leurs politiques, les Territoires du Nord-Ouest offrent un programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales—le Medical Travel Program—et un programme de prestations complémentaires de santé—le Extended Health Benefits Program—destinés à aider les habitants à payer les frais liés à la recherche, au traitement et à l'entretien ainsi qu'à la réadaptation dans le cas de certaines maladies débilitantes de longue durée. Les prestations comprennent les médicaments, les fournitures médicales, les appareils et les prothèses, ainsi que certaines prestations de déplacement.

De plus, en vertu du Métis Health Benefits Program, les habitants Métis qui sont admissibles bénéficient d'une couverture équivalant à 80 p.100 pour tous les avantages accordés aux Indiens inscrits et aux Inuits conformément aux dispositions du programme fédéral sur les services de santé non assurés, qui peut être modifié de temps à autre.

Universalité

RÉGIMES D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET DE SOINS MÉDICAUX

Au titre des régimes des territoires, tous les habitants des Territoires du Nord-Ouest ont le droit d'être inscrits, à l'exception des membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, et des détenus des pénitenciers fédéraux. Les exigences relatives à la résidence sont conformes à l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité ainsi qu'aux critères d'admissibilité des Territoires du Nord-Ouest. Aucune prime n'est perçue.

Transférabilité

RÉGIMES D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET DE SOINS MÉDICAUX

Durée minimale de résidence

La période minimale de résidence n'est pas supérieure à trois mois. Cependant, le régime se réserve le droit d'appliquer des critères précis pour déterminer si une personne a établi sa résidence dans les Territoires.

Les immigrants reçus, les détenus des pénitenciers fédéraux qui ont obtenu leur libération, les membres libérés des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada et les Canadiens qui reviennent au pays sont assurés dès le premier jour.

Les personnes qui s'absentent des Territoires du Nord-Ouest temporairement demeurent assurées pendant une période ne dépassant pas 12 mois, pourvu qu'il y ait un avis préalable.

Paiement des services dispensés au Canada

Tous les services hospitaliers et les services de soins médicaux sont couverts selon le taux déterminé par la province d'accueil. Les patients ne sont pas tenus d'obtenir une autorisation préalable pour les services assurés. En ce qui a trait aux services hospitaliers, les patients ne sont pas facturés directement, tandis que dans le cadre des services de soins médicaux, ils peuvent être remboursés directement si nécessaire. Cependant, les prestations autorisées sont celles qui sont déterminées et approuvées par les Territoires du Nord-Ouest.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Le Northwest Territories Health Care Plan couvre, en dollars canadiens, les services hospitaliers assurés dispensés à l'étranger jusqu'à concurrence des taux en vigueur dans les Territoires du Nord-Ouest.

Le régime couvre les services médicaux assurés qui sont dispensés à l'étranger jusqu'à concurrence des tarifs en vigueur dans les Territoires du Nord-Ouest. Si le service n'est pas offert dans les Territoires du Nord-Ouest, le ministère de la Santé et des Services sociaux applique les taux établis dans un endroit approprié au Canada.

Dans des circonstances exceptionnelles, le régime couvre intégralement les services assurés qui sont dispensés à l'étranger si le ministère de la Santé et des Services sociaux a approuvé au préalable une demande particulière. De telles approbations se limitent aux situations où le sujet a été orienté vers un traitement par un médecin et où le service n'est pas offert au Canada.

Déménagement permanent à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest

Les personnes qui déménagent de façon permanente ailleurs au Canada sont assurées pendant trois mois, conformément aux dispositions de l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité. La couverture expire à la date de départ pour les habitants quittant les Territoires du Nord-Ouest pour s'établir de façon permanente à l'extérieur du Canada.

Accessibilité

RÉGIMES D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET DE SOINS MÉDICAUX

Accès raisonnable

Les habitants des Territoires du Nord-Ouest ont accès à tous les établissements gérés par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. En 1998-1999, les Territoires du Nord-Ouest comptaient six hôpitaux de soins actifs, pour un total de 261 lits et lits de bébé, et de 44 berceaux. Il y avait aussi 111 lits et 48 berceaux offerts par des centres de santé.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux des Territoires du Nord-Ouest reçoivent des montants établis selon un processus d'examen budgétaire. Les soins hospitaliers fournis à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest sont payés conformément aux accords interprovinciaux-territoriaux de facturation réciproque. En 1998-1999, les hôpitaux et les conseils de la santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest ont reçu 118 415 710 $ aux fins de leurs dépenses d'exploitation.

Le total des versements aux hôpitaux à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest pour les services assurés dispensés aux habitants des Territoires du Nord-Ouest était de 19 519 331 $.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins peuvent être engagés par un hôpital ou un conseil de santé et être salariés, ou ils peuvent travailler en cabinet privé et être rémunérés à l'acte.

Rémunération raisonnable

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et la Northwest Territories Medical Association ont conclu une entente sous forme de règlement d'application de la *Medical Care Act*, qui a maintenant force de loi. Ce règlement vise la période débutant en avril 1997 et se terminant le 31 mars 2000.

Les paiements versés aux médecins des Territoires du Nord-Ouest ont été estimés à 16 734 947 $ pour 1998-1999; 3 550 515 millions de dollars ont été versés pour les services médicaux dispensés à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest pour un montant total de 20 300 838 $.

Services complémentaires de santé

Les soins dans les maisons de repos sont assurés dans le cadre de la *Territorial Hospital Insurance* et fournis pour certains lits désignés désétablissement d'Inuvik, de Chesterfield Inlet, d'Iqaluit, de Yellowknife, de Hay River, de Fort Smith, de Fort Simpson et de l'hôpital régional de Baffin. Lorsque les services requis ne sont pas offerts dans les Territoires du Nord-Ouest, les clients sont logés dans des établissements de soins dans le sud du Canada.

On offre aussi 12 programmes coordonnés de soins à domicile dont la prestation est assurée par des conseils régionaux de la santé et des services sociaux répartis dans les Territoires du Nord-Ouest. Ces programmes fournissent des soins de santé à domicile dans 48 collectivités.